

336

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Mai 1904, à 1 heure.

PAR

Eugène OZUN

Ancien chef de clinique otologique à l'Institution nationale des Sourds et Muets de Paris.

Quelques considérations

SUR LES CAUSES DU RETARD

DANS

L'Apparition et dans le Développement
DU LANGAGE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. GAUTIER, LANDOUZY, professeurs.
 { M. TEISSIER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTÉMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....	}	DE LAPERSONNE
Clinique gynécologique.....		GUYON.
Clinique chirurgicale infantile.....		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

ET A TOUS LES MIENS

AUX AMIS DE PLAISANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Chevalier de la Légion d'honneur

Il est d'usage en cette circonstance de retracer un rapide aperçu de ses études et de profiter de ce modeste imprimé pour dire sa gratitude aux maîtres dont on a reçu l'éducation médicale. Nous n'y saurions faillir.

Nous avons fait notre première année d'ancien régime à la Faculté de médecine de Toulouse, et nous nous souvenons de l'intelligente façon du professeur Roule. A Bordeaux, où nous avons seulement passé, nous avons fait nos premiers pansements chez le chirurgien de Saint-André, Baudrimont.

Mais c'est à Paris que nous avons vécu vraiment nos années de médecine. Malgré quelques avatars, quelques retards, — sans rapports avec notre sujet, — nous en gardons un bon souvenir.

Dans la médecine nous avons reçu les leçons d'hommes tels que Ferrand, Dreyfus-Brissac, Muselier, Tapret. Nous avons suivi avec une satisfaction de dilettante les cliniques du professeur Dieulafoy, un peu sa visite. Nous avons fait nos efforts pour apprendre un peu des maladies nerveuses à la consultation du mercredi du professeur Brissaud dont nous aurions dû retenir beaucoup, causeries si attachantes, effleurant tous les sujets avec un égal intérêt.

Nous avons appris la clinique chirurgicale chez Gérard-Marchand, Delbet, des jeunes devenus rapide-

ment des maîtres. Nous avons été celui qui passe chez Reclus, Mauclaire, Berger, Faure, etc. Une de nos années de stage s'est faite dans l'intéressant service du professeur Lannelongue aux Enfants-Malades. Les leçons cliniques du soir du dévoué chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Baudet, nous ont instruit et charmé.

C'est chez M. Champetier de Ribes que nous avons débuté dans l'art des accouchements.

Nous nous souvenons aussi du bon accueil que nous fit le professeur Rémy au dispensaire de Belleville.

Merci à tous de grand cœur.

Nos maîtres de la clinique otologique des Sourds et Muets nous en voudraient de ne pas leur faire une mention spéciale. Nous y sommes rentré sous la direction de Ladreit de Lacharrière dont il sera si souvent parlé dans notre travail : nous avons appris sous cet homme affable le côté médical de l'otologie. M. Ménière, chirurgien en chef, M. Castex, M. Grossard, nous ont montré tant de bienveillance et d'amabilité que nous pensons avoir conquis leur estime et leur amitié. Nous leur en témoignons ici notre reconnaissance.

Merci bien aux professeurs des Sourds et Muets, MM. Dupont et Danjou, pour l'empressement qu'ils ont mis à nous prêter leurs conseils.

Nous prions enfin M. le professeur Brissaud de recevoir l'assurance de notre profonde gratitude pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES
CAUSES DU RETARD
dans l'apparition
et dans le développement du langage

INTRODUCTION

A la clinique otologique de l'Institution nationale des Sourds et Muets de Paris : dans le défilé des consultants s'avance à son tour un couple de deux personnes amenant un jeune enfant. C'est le mari et la femme, la mère et la grand'mère. Leurs yeux et leurs gestes vont de l'enfant qu'ils plaignent déjà au médecin qui leur apparaît comme la pythonisse antique en possession de l'avenir. Et ces yeux et ces gestes anxieux, qui questionnent avant que nulle parole soit dite, font mal au cœur ; car vous prévoyez le drame : « Docteur, cet enfant ne parle pas. Nous croyons qu'il entend. Nous venons vous le présenter pour savoir s'il est sourd, s'il sera muet. On nous a

adressés ici. Oh ! Monsieur, l'autre jour cependant... » Et un flux de paroles pour s'étourdir dans le doute qui permet l'espérance et pour atténuer la terrible vérité déjà dite, mais à laquelle ils ne veulent pas se résigner.

Tout diagnostic porte en lui l'inquiétude de la sentence. Mais il est particulièrement angoissant dans le cas dont nous voulons nous occuper, et pour les parents qui voient en jeu, en même temps que leur amour-propre de géniteurs, l'avenir tout entier du petit être qui avait déjà capté toute leur affection, tous leurs espoirs, et pour le pauvre enfant qui n'a encore cure certes de l'existence peut-être longue qui commence à peine pour lui.

L'enfant ne parle pas à un âge où il devrait le faire s'il se développait normalement.

Pour quelle raison ne parle-t-il pas ?

Le diagnostic de la nature de ce retard, de cette mutité, est intéressant à élucider ; car il préjuge du pronostic.

C'est une question que nous avons cru utile d'étudier avec nos faibles moyens dans ce petit travail qui n'a d'autre prétention que de grouper des notions éparses.

Nos recherches bibliographiques ont été peu fructueuses. Il a fallu cueillir de-ci de là des observations prises pour démontrer autre chose, découper une phrase perdue dans un chapitre. Un seul effort visait le but avant le nôtre : c'est l'article de notre maître, Ladreit de Lacharrière, dans les *Annales des mala-*

dies de l'oreille et du larynx, de 1876, intitulé : « Du retard dans le développement du langage et du mutisme chez l'enfant qui entend. » Citons encore l'intéressante thèse de Thiollier, toute récente : « *Quelques considérations sur la marche normale et les causes du retard de la marche chez l'enfant* ». Nos renvois dans le cours de ce travail donneront les renseignements complémentaires sur nos auteurs.

La littérature psychologique nous a fourni d'intéressantes lectures sur le développement de l'intelligence et du langage chez l'enfant : Taine (1), Darwin (2), Egger, l'allemand Preyer (3), l'anglais Pollock (4), Bernard Perez, Sollier (5). Nous avons regretté avec eux qu'un maître de la science médicale n'y ait pas consacré un effort égal et plus fructueux au point de vue physiologique.

1. *Revue philosophique*, janvier 1876.
2. *Mémoire sur le développement de l'intelligence chez un petit enfant. Revue scientifique*, juillet 1877.
3. *L'âme de l'enfant*.
4. *Progrès d'un enfant dans le langage*. Mind, juillet 1878.
5. *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*. Thèse de Paris, 1891.

Du développement de l'intelligence et du langage chez l'enfant du premier âge.

Pour bien nous représenter l'état anormal de l'enfant qui est en retard pour parler, qui est muet à un âge où il devrait être entré en relation avec les personnes qui l'entourent, par ce langage articulé qui est le propre de l'homme, nous avons pensé qu'il serait bon d'exposer dans un premier chapitre quelques considérations sur le développement de l'intelligence et du langage chez l'enfant du premier âge. Ces notions, très intéressantes, nous les avons puisées dans la lecture des ouvrages d'Egger et de Bernard Perez.

Egger a publié, en 1879, une curieuse brochure intitulée : « *Observations et réflexions sur le développement de l'intelligence et du langage chez les enfants* », mémoire lu à l'Académie des Sciences morales et politiques.

Bernard Perez a écrit une importante étude, plusieurs fois réimprimée et traduite, et dont la dernière édition date de 1892; elle est titrée : « *Les trois premières années de l'enfance.* » Nous l'avons

déjà dit, Taine, Darwin, Preyer, Pollock, Kussmaul, Sollier, se sont également exercés sur le même sujet.

Le trait marquant de la plupart de ces diverses recherches psychologiques est qu'elles se sont portées dans chaque cas sur un enfant qui vivait, grandissait et se développait sous les yeux de l'observateur ; et cet enfant était souvent le fils de la maison. Cela fait prévoir la minutie des détails recueillis. Les conditions toutes particulières de l'expérience font comprendre que nous ayons été obligé de nous en rapporter à eux, sans essayer de la tenter nous-même : c'eût été bien long, et nous n'osons davantage en prévoir toutes les difficultés.

*
**

Après l'accouchement qui a été pour lui d'une brutalité que nous imaginons à peine, — puisque parfois il y succombe, — l'enfant devenu un être indépendant est nu comme un ver. Sa mère en devra prendre soin, pendant de longs mois, comme d'un objet précieux et fragile. Il semble livré à plaisir aux dangers de tous genres de la lutte pour la vie qui ne veut de bien qu'aux forts. Il est sourd et aveugle. Semblable aux gens des Evangiles il a des yeux et c'est pour ne pas voir, il a des oreilles et c'est pour ne pas entendre. Comme si la nature avait voulu obliger ce futur maître de la glèbe, des plantes, des bêtes, qui lèvera même ses regards au-delà du dôme bleu des étoiles, à recommencer chaque fois une éducation nouvelle

de tous ses sens, de tous les instruments plus ou moins parfaits mis à sa disposition pour servir cette lueur de divinité qui le fait homme.

Mais c'est là un être neuf. Il porte en lui la force mystérieuse de la multiplication et du perfectionnement cellulaires qui dort dans le grain de mil et en fait une plante parfaite, qui se dissimule dans ce grossier bout de bois d'où jaillira, avec un peu d'eau et de soleil, un des plus beaux arbres, le palmier, qui du lionceau rampant fera le lion, ce roi. Et il y a en lui bien plus encore que cela, le germe de la raison qui lui permettra de vivre non plus à côté, mais au-dessus de toute son ambiance.

Aussi, — malgré une apparente lenteur qui le met en retard par bien des points sur les animaux, — presque dès le premier jour il ira s'adaptant à sa vie nouvelle. Pas un moment ne sera perdu. Tout lui sert. Son premier cri, qui, selon certains, est un cri de douleur répondant à l'envahissement soudain de ses poumons, si profondément endormis jusque-là, par l'air froid du dehors, par le sang placentaire, met sans doute au point le jeu de l'appareil respiratoire avec l'énergique impulsion nécessaire aux premiers mouvements d'une machine qui n'a pas encore servi.

Il a respiré et crié depuis quelques heures à peine, et ses oreilles se sont débouchées et les sons leur parviennent. Ses yeux encore éblouis perçoivent la lumière.

Il sentait aussi le froid et témoignait bien par son agitation et par ses mouvements confus et incons-

cients combien lui était désagréable, au sortir du sein maternel, ce monde extérieur qui ne lui parvenait que sous forme de fraîcheur et de froissements douloureux.

Dès le premier jour même son goût distinguerait certaines saveurs. C'est dans le cours de la première semaine seulement que l'odorat, moins utile, associera ses impressions à celles du goût.

Mais ce n'est là que le plus humble des débuts, et nous sommes bien loin des gammes de couleurs et de sons dont se jouera l'artiste plus tard.

L'enfant vit encore de longs jours ainsi qu'une petite bête dont le cerveau est lent à s'éveiller. Mais à quoi pourrait s'exercer son intelligence, s'il ne sait rien ? Les impressions sensibles, en s'affinant, pourront seules, sur le terrain préparé par l'ascendance et l'hérédité, faire apparaître et se développer les centres de mémoire par lesquels il apprendra le monde extérieur et s'apprendra lui-même.

L'enfant exerce donc les seuls organes qui lui procurent quelques satisfactions, les seules dont il soit capable. « Chez la plupart des enfants normaux, dit Preyer, la distinction de la lumière et de l'ombre existe à la fin de la première semaine. Quelques jours après les yeux suivent la direction de la lumière et des flambeaux ; mais ils ne se fixent pas, ils ne distinguent pas mieux qu'au moment de la naissance. Ceci n'arrive et confusément que vers la fin de la quatrième semaine. » Le sens de l'ouïe était plus avancé, puisque dès la fin de la première semaine

l'enfant réagissait vivement aux bruits. La main s'ouvre et se ferme sur les objets.

Aussi l'enfant âgé d'un mois ou de quarante jours a-t-il déjà éprouvé un certain nombre de plaisirs et de peines suggérés par des impressions visuelles, couleurs, lumière. » Et il les manifeste par quelques mouvements réflexes, mais supposant déjà une certaine éducation, les larmes, que Darwin n'a jamais observées cependant avant le vingtième jour, « une fois à 62 jours, deux autres fois à 84 et à 110 jours », le sourire, à 45 jours, et à 65 jours, « avec ces sons brisés, saccadés, qui sont ceux du véritable rire ».

L'enfant dans ce milieu de vie réagit lentement, mais sûrement, continûment, telle une combinaison chimique en activité. « L'enfant de deux mois, de trois mois, passe la plus grande partie de ses heures de veille à regarder pour voir, à écouter pour entendre, pour le seul plaisir que cela procure, sans utilité immédiate ou prochaine, sans curiosité proprement dite. » Oui, pour le seul plaisir, mais le plaisir n'est-il pas le grand mobile de l'acte ? Sans utilité immédiate ou prochaine, sans curiosité, mais l'acte n'est-il pas le but de sa personnalité vivante, et l'enfant a-t-il besoin de comprendre qu'il tète pour vivre puisque sa fin animale est de vivre en se nourrissant ?

Il va de la vie réflexe de la moelle épinière à la perfection cérébrale qui se développe inconsciemment, avec mille ménagements, peu à peu.

A trois mois les progrès sont frappants. L'expression semblera exagérée si l'on songe aux animaux

du même âge. Mais voyez ce corps encore si débile : posséderait-il la science universelle il ne pourrait s'en servir. Il lui manque la force de se gouverner lui-même. Et le développement intellectuel, cérébral, suit sagement le développement du corps mis à son service.

Si l'enfant de Tiedemann à un mois et cinq jours « faisait le premier effort pour saisir quelque chose par l'extension des mains et la flexion du corps tout entier », ce n'est qu'au bout de la quatorzième semaine que celui de Preyer relevait la tête pour la tenir droite. La volonté dans l'effort apparaît. Les pleurs, les cris manifestement ont une signification.

L'élan est donné. Le cerveau qui, au moment de la naissance tenait le milieu entre celui du chimpanzé et celui de l'homme adulte est devenu le pivot de la vie de l'enfant.

Vrai miroir il était à peine embué, les premiers temps, par la sensation fugitive. En se répétant les sensations ont laissé des traces. La mémoire s'acquiert consciente ou inconsciente. Elle devait apparaître la première ; car elle est l'acte fondamental de toute opération volontaire ou intellectuelle. Il faut savoir pour vouloir ou pour penser.

L'exercice a éduqué en même temps quelques centres moteurs. Le petit être sait regarder, c'est-à-dire coordonner les mouvements de ses yeux, ce qui est un mouvement volontaire. Il reconnaît la direction des sons au deuxième ou au troisième mois, ce qui suppose qu'il localise. Il « commence à tendre

la main pour saisir ; il palpe en connaisseur novice et la tendance à éprouver, à chercher des sensations tactilo-musculaires se développe de jour en jour chez lui ». (B. Perez). Les mouvements ont plus d'exactitude, plus de vigueur, plus de netteté. Il porte ses doigts à la bouche ; il les fléchit mieux, de même que ses bras. Effort réel vers sa fin propre, « il commence à ébaucher des mouvements des jambes et du thorax pour se tenir dans la station verticale, quand on le dresse sur ses pieds en le soutenant ».

« Marie, de Bernard Perez, à 3 mois et demi, distingue déjà plusieurs parties de son corps ». Elle reconnaît ses « petons », sa robe. Elle comprend des mots, tableau, « coco » pour oiseau, elle aime les fleurs, les images coloriées. « Elle joue avec sa mère et la caresse, elle jase aux fleurs, aux oiseaux. Elle comprend la réprimande et s'en vexe aux larmes. Elle est jalouse ».

N'avions-nous pas quelque raison de dire : que de progrès à trois mois passés. Voici apparaître nettement la mémoire auditive : Des sons pour ce petit enfant représentant des mots qui désignent des choses. Voilà le début du langage ? Marie a des souvenirs, elle a une mémoire visuelle puisqu'elle aime les fleurs et les images coloriées. Elle a le sentiment de son individualité et de l'individualité des personnes qui l'approchent. « Elle se distingue de sa mère, de sa grand'mère, de sa sœur, de moi, de l'oiseau, de la cage, du chat, de la table, de l'assiette, etc. ». Elle jase aux fleurs et aux oiseaux !...

Dès ce moment l'enfant doit éprouver plus que jamais ce que l'on appelle le plaisir de vivre. « Il a conscience et possession de son activité. Elle lui plaît davantage et son plaisir même l'excite à agir ». De même il abstrait mieux ses sensations dès le quatrième mois. Il compare. Il a des préférences. « Il a de la tendance à désirer les aliments reconnus agréables : de glouton qu'il était, il peut devenir gourmand ». Un enfant de cinq mois est « friand de gravures lithographiées en noir ». Presque tous à cet âge aiment entendre chanter.

Du quatrième au sixième mois les progrès sont nombreux mais lents. C'est que la volonté, l'intelligence interviennent dans les acquisitions nouvelles, dans les manifestations de motilité surtout. L'effort est plus grand. L'enfant le sent bien. Aussi hésite-t-il parfois, car l'expérience lui a fait voir la difficulté de ses essais. Il le montrera par la prudence des premiers pas dans les tentatives de marche répétées et plus ou moins heureuses, aussi par la joie qu'il éprouve d'une réussite et par l'impatience de ne pas s'envoler tout à fait.

Mais il va acquérant toujours. Son corps et son cerveau prennent de la force, de l'habileté, « A sept mois il compare mieux. Il paraît avoir des perceptions visuelles associées à des idées de genre : « la forme et la couleur d'une pomme de terre, d'un morceau de pain, d'un gâteau, d'un fruit, les lui font promptement distinguer au point de vue de leurs qualités sapides ». Ce n'est pas que son idée soit parfaite de

toutes les choses qui l'entourent. Il ne les perçoit qu'à travers des notions encore vagues. Ce qui attire son attention, qui la captive violemment et la retient plus ou moins longtemps, c'est la qualité dominante, celle qui flatte ses sens encore peu affinés ; c'est la couleur éclatante, la lumière bien vive, le son retentissant. Sa curiosité est alors surtout éveillée, et alors il veut prendre pour savoir et non point qu'il s'étonne, car il ne s'étonne de rien.

Et il finit toujours par savoir davantage. Car son activité est inlassable. Il a des désirs avivés à tous instants par des sensations nouvelles. Il s'intéresse même à ce qui se fait autour de lui ; et, comme s'il prenait vraiment conscience de ce qu'il pourra, voici s'éveiller, dès le neuvième mois, selon Egger, cette faculté par laquelle ses progrès vont se multiplier, l'imitation. Elle apparaît : « 1° dans l'action de se cacher et de se montrer tour à tour par manière de jeu ; 2° dans l'action de jeter une balle après l'avoir vue jeter par son frère ; 3° dans l'essai de souffler une bougie ; 4° dans l'essai d'éternuer en singeant celui qui vient d'éternuer ; 5° dans l'essai de frapper les doigts sur le registre d'un piano » (Egger). Pour Bernard Perez même l'imitation se montrerait beaucoup plus tôt.

A cet âge, à un an, à 15 mois, les progrès les plus apparents se font du côté de la motilité et de la locomotion. La gymnastique quotidienne a fortifié son corps. Les muscles ont appris en partie à coordonner des mouvements de plus en plus complexes. La main

a une multitude d'adresses. Elle apporte tant bien que mal à la bouche la cuiller et les verres. Les mouvements de tête surtout traduisent les progrès de la volonté et de l'intelligence, et les sensations de joie, de tendresse, oui, non, etc. L'œil et l'ouïe servent parfaitement. « A un an l'enfant commence à marchotter, à se lâcher d'une personne à l'autre, à ne plus craindre les chutes et à les parer en s'appuyant des mains à terre » (B. Perez). Il revient bien parfois à la marche à quatre pattes qui lui donne son premier essor. Mais il tend vers le mieux. Il se tient debout, le ventre appuyé contre une chaise, il tourne, joue, s'assied, se relève. « Encore quelques mois, quelquefois quatre ou cinq, quelquefois deux ou trois, et il avancera seul avec cette démarche boîteuse et empêtrée qui lui fait lever les genoux avec un visible effort, comme s'il traînait des souliers de plomb. »

Le voilà donc prêt à s'avancer quand il lui plaira au devant de ses semblables grands ou petits. Il voudra communiquer avec eux pour sympathiser ou pour les connaître. Et pour ces relations l'homme use du langage articulé.

C'est en effet à ce moment, à l'âge de 15 à 18 mois, qu'il va commencer à parler.

Dans ce long exposé de son développement physique et intellectuel nous avons eu l'air d'ignorer que son évolution dût le mener à ce résultat. C'est que tous les efforts décrits tendaient, en même temps qu'à d'autres fins, à celle-là parallèlement, inconsciemment.

Que faut-il, en effet, pour parler ?

Il importe d'abord d'avoir quelque chose à dire, c'est-à-dire de savoir ce que l'on dira et sous quelle forme, ensuite de posséder l'usage de l'appareil propre à la parole, l'appareil de phonation.

Le premier point, nous nous en sommes occupé dans les lignes précédentes. Nous avons suivi l'évolution lente, mais progressive de ce cerveau parti de rien. Et nous avons vu apparaître successivement, laborieusement les diverses facultés ou opérations intellectuelles, mémoire, volonté, association d'idées, comparaison, imitation, abstraction, etc. L'enfant n'a pas fait que développer d'un effort égal ses centres nerveux et son corps. C'est le cerveau surtout qui a eu la grande tâche. « A un an, l'enfant est, à beaucoup d'égards, beaucoup plus avancé que ne le sera jamais un animal adulte. » (B. Perez). Il possède un certain fond de connaissances que lui ont acquis des sens constamment affinés et exercés sans trêve. Et il ne connaît pas seulement bien des choses par leurs qualités extérieures, celles qui ont frappé ses yeux, ses oreilles, ses doigts ; il les distingue par des désignations sonores particulières dont il a fait en même temps l'éducation. Il a appris à rapporter à tout ce qui l'entoure un son articulé propre pour chacun d'eux. Ce n'est évidemment encore qu'un rudiment de langage. Le lexique est pauvre, la grammaire est néant. Mais nous ne sommes qu'au commencement. Il y a longtemps que l'éducation se poursuit sans qu'il y paraisse. Il faut imaginer l'effort que suppo-

sent ces premiers moments où, par association d'idées et de sensations, l'enfant superpose dans sa petite cervelle à un objet vaguement connu un son souvent entendu.

Il connaît à peine, à deux ou trois mois, la direction des sons, et déjà, dès le mois suivant, il distingue leurs différences au point de reconnaître une succession plus ou moins longue de syllabes. Quelle peine n'avons-nous pas nous-même à retrouver, dans une conversation de langue étrangère apprise seulement dans les livres, des mots connus visuellement mais dont l'oreille n'a pas accoutumé les assonances. Et voyez l'état du malade atteint de surdité verbale qui n'entend plus du langage articulé qui fut le sien qu'un bruit confus dont il ne peut rien retenir. C'est, en effet, à l'éducation de ce centre de mémoire auditive que sont consacrés de longs mois, en attendant que l'appareil de phonation ait acquis son développement. L'enfant connaît bien des mots longtemps avant de parler. Nous avons vu Marie, de Bernard Perez, à trois mois et demi comprendre ses «petons» sa robe, tableau, «coco» pour oiseau, etc. Est-ce à dire qu'il possède ces mots à la perfection? Non, certainement; et même sans doute ce son n'est retrouvé dans un confus souvenir que par l'association avec une sensation concomitante. Cependant Bernard Perez rapporte qu'un enfant de cinq mois «friand de gravures lithographiées en noir tournait son regard vers les cadres disposés le long du mur au seul mot de tableau prononcé devant lui.» Mais un animal domes-

tique même jeune est capable de cet effort. Il n'est donc pas certain qu'il suffise pour arriver au langage. C'est qu'en réalité ce n'est que vers l'âge de onze mois que B. Pérez constate chez un enfant l'intelligence « de signes représentant des idées et des actes assez complexes, signes qu'il comprend chez les autres et dont il parvient déjà à imiter un petit nombre. » La plupart des enfants savent interpréter exactement les paroles qu'ils entendent avant de savoir eux-mêmes exprimer leurs idées par des signes analogues. Ce n'est qu'à cet âge que l'enfant sait la valeur de la parole.

D'ailleurs qu'il commence à parler, cela ne veut pas dire qu'il possède sa langue. Oh non, il en est certes bien loin encore. Il n'est ni assez instruit, ni assez intelligent. Ce fait a seulement cette importance capitale en elle-même qu'il parlera, parce qu'il est capable de parler. Ce n'est que la constatation d'une faculté nouvelle qui se révèle à son tour et qui est destinée chez lui à acquérir une puissance, une habileté que les hommes qualifieront chez quelques-uns d'entr'eux de géniale, faculté qui a de tous temps tenu une telle place dans la société humaine que la statuaire antique même représenta l'éloquence, c'est-à-dire l'art de la parole, sous la forme d'un homme entraînant les foules à sa suite par les chaînes parlant en groupes serrés de sa langue : image grossière mais combien saisissante.

Lors de ses premiers balbutiements, — nous ne dirons pas gazouillement, car ce joli mot est trop

précis pour être ici à sa place, — l'enfant ne possède que le rudiment de son futur langage. Il importe de le constater afin de ne pas aller plus vite que lui. Mais, dès ce moment, il tient en sa possession une partie de ses moyens d'expression. Il sait ce que vaut ce genre de mimique. Son cerveau est capable de fournir sa part dans la besogne entreprise. Le centre de mémoire auditive s'est développé suffisamment pour qu'on puisse s'adresser à lui en toute confiance. Il est prêt à la collaboration avec ce centre moteur encore rudimentaire qui sommeille au pied de la troisième circonvolution frontale gauche, le vrai centre du langage articulé.

A son tour voici le second terme du problème : pour parler l'enfant doit posséder l'usage de l'appareil propre de la parole, l'appareil de phonation.

Ici encore quelle lente évolution, quelle minutieuse éducation à faire. De même que, pour marcher, le petit être a attendu de longs mois que ses membres aient par l'exercice, par le temps acquis la force nécessaire à la station debout, la souplesse des articulations nécessaire à la locomotion, de même, pour parler, il devra patienter jusqu'à ce que sa langue, ses lèvres aient pris une vigueur suffisante, une habileté plus grande, que quelques-unes de ses dents aient poussé, que son larynx ait appris à dompter les sons, que sa poitrine ait soumis le souffle à sa volonté, que sa cavité buccale et nasale, cette boîte de résonnance, se soit à peu près parachevée. Que de conditions nouvelles !

On n'eût pas à première réflexion imaginé tant de

complexité. Et cependant que l'un de ces points soit négligé, et il y aura maladresse, faux-pas, boiterie. L'étude de l'éducation phonétique des sourds-muets est instructive à cet égard. Et les notes prises sur les entrants à l'Institution Nationale des Sourds et muets de Paris par les soins des médecins de la clinique otologique et des professeurs sont précieuses à consulter (1); celles surtout des professeurs dont la tâche est si près de celle de l'enfant qui nous occupe, faire à des aphasiques moteurs l'éducation de la parole articulée. Cette tâche est même absolument celle dont nous traitons plus spécialement dans ce paragraphe, en dehors de toute mémoire auditive, l'éducation de l'appareil de phonation.

Chacun des rouages de cet appareil a son rôle particulier; les lèvres sont nécessaires à l'élaboration des labiales, les dents à l'émission des dentales: ceci n'est pas à démontrer. La langue doit être « déliée ». C'est dans la cavité pharyngo-bucco-nasale que se nuancent les voyelles et les résonnances. Le larynx émet le son. La poitrine donne le souffle et par son impulsion plus ou moins vigoureuse, plus ou moins maîtrisée, donne la voix haute ou basse, le débit plus ou moins nettement perceptible.

Voilà l'appareil. Mais, comme tous les autres dont il dispose, l'enfant doit le mettre au point. Il n'y parviendra certes pas du premier coup.

Il n'est pas utile d'insister sur l'utilité de l'oreille

1. *Bulletin de Laryngologie, otologie et rhinologie*, 1902, etc.

dans cet effort. L'oreille n'est pas indispensable pour pousser un cri. Elle est tout au moins nécessaire pour que l'enfant s'intéresse à la sensation du son, à ses degrés, à ses variantes.

« A cinq semaines, dit Egger, je note la transition du cri à la voix. Vers cinq semaines je vois la bouche et la langue s'agiter, même et surtout dans la joie, pour produire des sons que nos lettres ne peuvent exprimer, mais qui certainement sont moins gutturaux que les premiers. » Il faut faire cette remarque que ce qui nous occupe ici, ce sont surtout des faits de motilité. Nous l'avons vu de bonne heure : l'enfant se meut par tous ses muscles de relation. Il s'agite, il remue ses bras, ses jambes, en tous sens, sans ordre, sans volonté définie, pour la satisfaction du mouvement. Et de même il crie, il gazouille à tort et à travers. Ce sont « des sons simples à la vérité et sans articulation, mais cependant variés. » (Tiedermann).

L'enfant exerce son organe vocal comme ses membres, sans méthode, cela importe peu encore, en un essai de cris et d'exclamations divers. Pendant plusieurs mois il n'aboutit qu'à des voyelles (Taine), le cri qui se modifie de lui-même dans la cavité de résonance bucco-nasale accommodée selon les hasards. « Dès l'âge de six mois, l'enfant commence à articuler quelques syllabes labiales ou dentales. On croit d'abord à une articulation calculée, parce que cela dure quelques jours pour chacune, mais il abandonne bientôt sa syllabe de prédilection ». (Egger). Ce sont « jeux de voix involontaires », manifestations de vie

de cet appareil, comme font les autres, besoin d'exercice. L'effort d'imitation qui fait intervenir la volonté, n'apparaît que tard, à un moment où il a quelque chance de produire un effet utile. Darwin n'était pas bien sûr que son fils âgé de quatre mois tâchât d'imiter les sons. Il ne note le fait avec certitude que six mois plus tard, à l'âge de dix mois. Pour Egger c'est vers neuf mois que « l'instinct d'imitation se développe à vue d'œil », mais il ajoute qu'« il n'y a nul effort sensible pour imiter les sons entendus ». C'est le lui demander un peu tôt sans doute : il ne peut pas encore. Il faut attendre quelques semaines, quelques mois.

Est-ce à dire qu'il s'immobilise dans l'attente ? Loin de là. Pour Preyer l'enfant s'est exercé à émettre tous les sons de sa future langue avant même d'essayer de répéter les mots qu'il entend et même comprend. « Son organe, à cette période, s'exerce même à un nombre indéfini de combinaisons, s'exerce même cent fois par jour, sans intention précise, comme pour s'assouplir ». Selon Egger il s'est créé dès longtemps à lui-même une langue propre, individuelle, un « langage articulé qui lui est particulier, utile pour correspondre avec les autres enfants et surtout avec sa nourrice et ses parents ». Indifférent aux satisfactions qu'il doit accorder à ses semblables, il commence par imposer la mimique dont il est encore seulement capable. Il invente un ou plusieurs sons articulés pour tous ses besoins. « Parmi les mille articulations qu'il produit, il n'en a qu'un faible nombre aux

ordres de sa volonté, et, chose qu'il faut noter, ce sont toujours des monosyllabes... Son travail intellectuel est très actif et son langage suit ce travail avec une facilité d'invention qui déroute quelquefois notre attention la plus sagace. Et ce vocabulaire rapidement très riche est tout à fait différent de celui qu'emploie tout autre enfant. « C'est dans la classification d'Egger, après le langage mimé instinctif, naturel, commun à tous les temps, à tous les peuples, la seconde phase du développement du langage, ce que nous dirons le vrai langage du berceau.

On est tenté de prime-abord de voir là une complication sans nécessité. Non, c'est une étape utile, l'étape d'assouplissement de l'appareil phonateur, celle qui éveille en même temps la faculté dormante d'exprimer les sensations, les idées, par des signes phonétiques. L'enfant désormais prêt anatomiquement, cérébralement, se livrera avec plus de docilité et de fruit à l'éducation de la famille. Son oreille est attentive à tous les sons ; ses yeux curieux volent d'une sensation à l'autre, ses doigts agrippent sans cesse, palpent tout, sa bouche et sa langue s'agitent en gazouillements continuels, ses sentiments affectifs se montrent nettement, son intelligence se manifeste à tout propos. Il est en relations volontaires avec tout ce qui l'entoure. Il est prêt à parler : car il sent, il sait, il veut, il peut.

C'est à l'éducation pénible du centre de diction, à son perfectionnement, qu'il doit s'appliquer. Son

centre de mémoire auditive emmagasine de nouvelles acquisitions, met ordre et netteté grâce à l'enseignement familial quotidien dans ce qu'il possédait déjà. Mais le principal effort se fait à présent dans la troisième circonvolution frontale gauche, le centre de coordination, de commandement. L'enfant pourra bien par écholalie inconsciente, tel un perroquet, répéter par hasard. Pour qu'il possède le mot sûrement il faut que, l'ayant articulé souvent, il s'en soit emparé en quelque sorte, qu'il l'ait soumis à son commandement, qu'il puisse le reproduire à volonté. Et parfois il se choque même à une quasi impossibilité. Il est des mots, bien simples cependant, devant lesquels il recule longtemps sans oser, ni pouvoir. Comme dans la marche, où, lors des premiers pas, il s'avance seul « avec cette démarche boîteuse et empêtrée qui lui fait lever les genoux avec un visible effort comme s'il traînait des souliers de plomb », dans les premières tentatives de diction l'enfant montre un embarras incontestable ; sa langue a des faux-pas, des boiteries, ses souliers de plomb. Il gazouille, il balbutie, mais l'effort, la gaucherie, sont pleins de charme et de gentillesse.

Il est si beau l'enfant avec son doux sourire,
Sa douce bonne foi, sa voix qui veut tout dire.

Il est à ce moment âgé de 15 à 18 mois.

Des causes du retard dans l'apparition et le développement du langage chez l'enfant.

Nous venons, dans les pages précédentes, d'exposer succinctement le développement de l'intelligence et l'apparition de la fonction du langage articulé chez l'enfant normal, d'après les études d'Egger et de Bernard Perez.

L'enfant normal commence à parler de 15 à 18 mois. Il a déjà prononcé quelques mots, avant cet âge, « papa, maman ». Mais ce n'est qu'à ce moment que se produisent d'une façon nette et définitive les manifestations du langage articulé, c'est-à-dire de la mimique nouvelle soumise à l'éducation et à la volonté pour traduire phonétiquement et ses sensations et ses idées.

Cette règle supporte de nombreuses exceptions que nous nous proposons d'étudier dans les présents chapitres. Tous les enfants ne parlent pas à l'âge de 15 à 18 mois. La parole n'apparaît chez certains que plus tard, avec plus ou moins de retard. Il en est quelques-uns qui ne pourront jamais acquérir qu'un rudiment de langage, d'autres qui ne parleront jamais. Nous examinerons successivement ces cas divers en les rattachant à leurs causes. Mais nous nous repor-

terons toujours à cette idée : le diagnostic du retard du langage et le pronostic qui en découle.

Dès l'abord nous pouvons prévoir quels obstacles pourront surgir à l'apparition ou au développement de la parole. Ils viendront de quelque imperfection dans les rouages ou dans le fonctionnement de l'appareil compliqué du langage articulé. Nous disions plus haut que, pour parler, il importe : 1^o d'avoir quelque chose à dire, c'est-à-dire de savoir ce que l'on dira et sous quelle forme ; 2^o de posséder l'usage de l'appareil propre à la parole, l'appareil de phonation. La première condition, pour être remplie, exige donc des facultés intellectuelles plus ou moins développées, mémoire, compréhension, intelligence. La seconde, de même, veut l'intégrité et le bon fonctionnement de l'appareil d'émission. La classification des cas anormaux serait ainsi d'une merveilleuse simplicité.

Mais la nature ne se manifeste que très rarement à nous sous cette forme peu compliquée, surtout dans les organismes élevés. Les causes s'emmêlent ici comme dans toute la clinique et non point toutefois pour obscurcir absolument le problème.

La division de notre travail se basera donc sur cette classification générale, tout en s'appliquant de plus près à une nomenclature pathogénique plus exacte.

Nous verrons ensuite s'il n'y a pas quelque lien à des causes en apparence littérale diverses.

D'après nos lectures et à parcourir nos diverses observations nous constatons que nous pouvons

rapporter le retard dans l'apparition et le développement du langage,

à la surdité congénitale ou acquise,

à la débilité mentale, à l'imbécillité, à l'idiotie,

à l'aphasie motrice pure ou aphémie,

à diverses atteintes du système nerveux, au nervosisme, aux convulsions,

à des manifestations dystrophiques diverses,

au rachitisme,

à la syphilis héréditaire,

à des obstacles plus ou moins purement mécaniques, végétations, hypertrophies des amygdales.

Malformations locales des organes vocaux,

à la débilité, à des traditions héréditaires.

*
* *

La surdité. — La surdité congénitale est une cause évidente du mutisme. Un sens fait défaut, l'ouïe. Or, c'est à l'ouïe que s'adresse la mimique dite parole. L'enfant qui n'entend pas ne peut pas se douter de ce qu'est le son. Comment pourrait-il apprécier le langage articulé qui n'est qu'une combinaison de manifestations auditives et motrices? Aussi l'enfant né sourd est naturellement muet.

Sera-t-il muet s'il perd l'ouïe après avoir entendu quelque temps? Oui, certainement. Il semble que la mémoire auditive s'efface avec une rapidité inconvenable par le manque d'excitations nouvelles. L'enfant, qui avait appris à parler, non seulement n'acquiert

plus, mais il perd tout ou presque tout ce qu'il avait appris, le plus souvent tout, cela dépend de l'âge auquel il est devenu sourd.

L..., que nous voyons à 5 ans, entendait bien et parlait comme un enfant de son âge à 2 ans et demi. Elle devient sourde à la suite d'un accident, d'une grande frayeur. Elle ne répond déjà plus. Une rougeole vient aggraver sa surdité. Elle n'a plus parlé depuis.

La voilà sourde et muette. C'est que, non seulement elle n'apprend plus pour ne plus entendre, mais les souvenirs auditifs d'autrefois ne signifient plus rien pour elle et s'effacent. Le principal des moyens par lesquels elle s'instruisait dans l'art de la parole lui a subitement fait défaut, comme il manque de tout temps dans la surdité congénitale. L'enchaînement est inévitable. Plus d'images verbales auditives, plus d'exercice du centre moteur d'articulation, c'est-à-dire d'images motrices de la parole.

Mais l'oreille n'a pas que l'utilité d'un mode d'acquiescer. On devine de quelle importance est son intégrité pour moduler les sons à émettre dans la voie parlée. On s'en rend encore mieux compte à l'audition des personnes dont l'ouïe disparaît peu à peu dans la jeunesse ou à l'âge mûr. La voix devient monotone, uniformément modulée, comme émise avec peine. Le malade semble n'attacher aucun intérêt à cette manifestation motrice dont il ne sent que l'articulation pure tactilo-musculaire. On dit qu'il a la voix du sourd-muet.

Un enfant sourd a donc toutes raisons de ne pas apprendre à parler.

Et cependant il n'est pas rare, dans les observations du surdi-mutité, de lire : dit papa et maman, quelques mots encore. C'est que, sans doute, la surdité n'est presque jamais absolue, et aussi que l'on met beaucoup de complaisance à reconnaître des mots dans les bisyllabes proférées et probablement apprises par pure imitation motrice ; d'autant plus que ce ne sont là que les articulations vraiment les plus simples.

Si nous nous sommes arrêté à cette constatation, c'est que ce rudiment de parole peut en imposer et faire hésiter le diagnostic quand on se trouve en présence d'un jeune enfant présenté par ses parents. Les pauvres gens cherchent à se rattacher à toutes les branches de salut. Ils veulent s'illusionner et pensent aider ainsi à la réalisation d'un espoir qu'ils ont à peine. Ils insistent sur ce fait que l'enfant dit quelques mots, et de longue date, — l'un disait papa à sept mois, — qu'il entend parfois mieux. Et quelquefois même il reste assez d'audition pour que le petit patient ait un petit air vocabulaire. On ne voudra pas admettre que vous disiez : surdi-mutité.

André M..., 30 mois, né à Paris. Entend un peu. Prononce quelques mots. Répète quelques mots. La mère prétend qu'il a dit « bonjour maman » dans la nuit. Ses parents ne se sont jamais aperçus qu'il fût sourd, ni d'autres personnes qui l'ont gardé ! Il entendait quelquefois mieux. On lui enlève deux bouchons de cérumen et on le mettra quelque temps en observation.

Cet enfant est évidemment sur la limite. Il parle, peu il est vrai, mais il parle. Cependant, en plus du retard, il y a bien quelque doute puisque les parents l'amènent au médecin. C'est un enfant à surveiller. Il n'a rien aux tympans. Il n'a pas d'autres causes apparentes de surdité, ni convulsions, ni maladies. Ses parents n'avouent pas de tares. Il semble pourtant de toute évidence qu'il lui faudra une éducation spéciale ainsi qu'à un sourd-muet.

Ceci montre aussi combien il serait difficile de fixer le degré d'audition nécessaire pour apprendre à parler.

Puis il s'y mêle comme toujours des considérations nouvelles. Quel est le degré d'intelligence? Est-il si commode qu'on le dit de l'apprécier d'un coup? Les éducateurs, les professeurs des sourds-muets eux-mêmes, qui s'adressent cependant à des enfants plus avancés en âge, avouent bien des hésitations. On ne peut accorder aucune confiance aux parents. « Mes petits sont beaux et bien faits ».

Voici encore un exemple :

Louis A..., 5 ans. Entend un peu, mais ne parle pas. Est ainsi depuis la naissance. A eu la rougeole à deux ans et demi. N'entendait pas davantage avant qu'après. Il est arrivé à la clinique il y a deux ans, a été sondé avec mieux persistant. Il répète ce qu'on lui dit, — dans sa famille, — mais ne comprend pas. Intelligent pourtant? au dire des parents. Très propre. Entend lorsqu'on l'appelle par son nom, à 2 mètres environ, à voix très haute. Dit son nom, Louis, du pain, tata, titi. Caractère timide. Aspect

aimable d'un enfant gâté. Physique très agréable, traits fins, grands yeux. Mais, bien qu'il ait supporté autrefois la sonde, s'effraie aujourd'hui à la seule vue d'un diapason que j'approche de son oreille. Cependant a accepté, la première fois, l'approche du la³ : il n'a pas eu l'air de se douter du voisinage du diapason près de l'oreille, s'est effrayé à la vue du grand diapason la⁵. Frayeur encore plus grande lorsque je lui pose le pied du diapason sur le vertex. Donc examen au diapason impossible. De plus il ne dit rien et n'a pas l'air de s'intéresser à l'examen. Les sensations auditives du diapason, s'il en existe, n'éveillent, ni son attention, ni sa curiosité.

Arriérisme? Malgré tout nous croyons qu'il faut dire encore ici, pour d'aussi bonnes raisons, surditité, car l'éducation donnée aux sourds-et-muets sera sûrement celle qui lui sera la plus favorable. Et cependant il entend! Oui, il n'y a pas de doute. Mais il entend de façon insuffisante pour s'intéresser ainsi qu'il le faudrait à l'usage de la parole. Il ne sera pas d'ailleurs le seul de son cas dans une école de sourds-et-muets. Nous avons pu constater tous les degrés d'audition parmi les élèves de l'Institution nationale de Paris (1). Et il est certain que beaucoup de ceux-là, malgré une légère paresse intellectuelle, eussent été déplacés à Bicêtre, par exemple. Ils semblent être, en raison de leur infirmité, des paresseux de la parole comme ils sont des paresseux de l'oreille.

Il paraît étonnant de parler d'entendants dans une école de sourds. Mais a-t-on dit toutes les bizarre-

1. Voir *Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie*, 1902, etc.

ries de l'audition chez les sourds-muets. Il en est certainement parmi eux qui savourent la sensation limitée du son et de la vibration pure. Nous en avons vu crier, ronronner des minutes durant dans le creux d'une main en se bouchant une oreille de l'autre. Nous en avons vu de notoirement sourds se retourner dans une salle d'étude très calme à un bruit d'intensité très ordinaire sans choc.

L'opinion que nous venons d'émettre sur ces demi-sourds est, d'ailleurs, ainsi que vient à l'instant de nous l'exposer, avec sa compétence et sa bienveillance habituelle, M. Dupont, professeur à l'Institution nationale de Paris, celle du personnel enseignant. Un article de M. Danjou, professeur à la même institution, publié dans la *Revue Internationale de l'Enseignement des sourds-muets* (octobre-novembre 1896), fait en collaboration avec M. Dupont, est des plus intéressants à ce sujet. Plusieurs des observations rapportées sont des plus caractéristiques. Telle est celle du D^r Hubert Valleroux :

« Je traite, en ce moment, deux jeunes sourds-muets de naissance et âgés de six ans et demi et de neuf ans. Le premier entend la voix ordinaire à plusieurs mètres de distance et sans voir l'interlocuteur. Il entend même d'un appartement à un autre les portes closes, répond aux questions qu'il comprend et répète les syllabes qu'il n'a pas encore apprises. Malgré l'état satisfaisant de l'ouïe et l'intégrité parfaite des organes vocaux, le jeune A..., doit être exercé journellement avec le plus grand soin, et il faudra de longs efforts encore avant qu'il parle « ni plus mal

ni mieux que si jamais il n'eût été sourd. X..., le compagnon d'A..., n'est en traitement que depuis peu de mois ; il commence à entendre à distance et sans voir l'interlocuteur. Mais la difficulté de reproduire les sons (qu'il a parfaitement entendus, d'ailleurs) est telle qu'il ne faudra rien moins que toute la bonne volonté de cet enfant et toute l'expérience de M. Valade, son professeur, pour réussir complètement son éducation. Cependant, les premières difficultés sont vaincues et l'on peut aujourd'hui prévoir l'époque peu éloignée où cet enfant cessera d'être sourd-muet. Plusieurs parents et amis des familles de ces enfants, des médecins, des professeurs les ont vus et interrogés, et tous sont du même avis à cet égard (1) ».

Retenons-en cette phrase : « L'on peut prévoir aujourd'hui l'époque peu éloignée où cet enfant cessera d'être sourd-muet ». Malgré « un état satisfaisant de l'ouïe » la parole ne s'était pas développée.

La surdité partielle était pour une part dans ce retard, chez ces enfants que le Dr Hubert Valleroux n'hésite pas à appeler sourds-muets ; paresse de l'oreille, mais aussi, ainsi que nous le disions tout à l'heure, paresse de la parole qui est bien là en puissance puisqu'il suffira, pour la faire apparaître, de l'excitation quotidienne et attentive de l'éducateur.

Et, à ce propos, nous ne saurions passer sous silence cette remarque si curieuse du Dr Ch. Féré (article : « Traitement pédagogique de la surdité et en particulier de la surdité verbale. » *Revue internationale de l'enseignement des sourds-muets*, avril-mai

1. *La surdi-mutité*, p. 103-104.

1896, p. 14) : « On a remarqué, et aujourd'hui c'est un fait bien connu d'un grand nombre de maîtres, que lorsqu'un sourd-muet a appris à articuler d'une manière convenable, il peut devenir capable d'entendre les paroles dont il connaît bien les mouvements articulatoires, mais seulement celles-là. Cette audition peut se développer même chez des sourds-muets qui, avant toute éducation, n'entendaient absolument que des bruits. Cette observation faisait prévoir que les images mentales des mouvements d'articulation, images qui sont en réalité des mouvements d'articulation en miniature, ont un rapport intime avec l'audition des mots. » Ceci est encore fait pour appuyer cette idée que tout enfant muet ou en retard pour le langage, dont le sens de l'ouïe semble atteint dans son intégrité, relève de l'éducation phonétique donnée aux sourds-muets. « L'ouïe, conclut M. Danjou dans l'article précité, moyen ordinaire de perception de la parole, ne suffisant pas avec ces enfants, on y associe la vue et le toucher, comme dans l'enseignement de l'articulation aux sourds-muets. »

Au point de vue du diagnostic il est souvent difficile d'apprécier le degré d'audition du jeune enfant dans un examen plus ou moins rapide. Il faudrait pouvoir donner toute confiance à la sincérité des parents sous les yeux desquels il a grandi. Car ils pourraient fournir des renseignements suffisants. « C'est, dit Gellé (1), vers quatre à six mois qu'il devient possi-

1. Article « Surdi mutité ». *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.*

ble d'apprécier sûrement l'état de l'ouïe de l'enfant. Dans un âge plus avancé, si l'enfant est manifestement distrait, visage sans expression, regard sans attention, inerte, sans gestes au bruit de la voix, du pas, des jouets, etc., on s'aperçoit qu'il est sourd ». Mais, nous l'avons vu, il est rare d'être aussi sincèrement informé. Et il y a la trace d'audition trompeuse à laquelle se raccrochent toujours les parents. De plus dans le tout jeune âge il est parfois délicat d'apprécier le degré d'intelligence de ces endormis.

En résumé, la surdité peut être très variable dans son intensité et aboutir à ce même résultat, la surdi-mutité, faute d'une éducation spéciale la plupart du temps impossible à ce moment. Et, dans tous les cas, elle est à cet âge, malgré les apparences, un empêchement certain à l'acquisition de la fonction du langage. La parole ne serait pas seulement retardée, elle n'apparaîtrait jamais, ni complètement sans une intervention étrangère.

Arriérés. Imbéciles. Idiots.

La citation de Gellé relative au diagnostic de la surdi-mutité se complète par la phrase suivante : « Cependant on craint qu'il ne soit idiot ou arriéré ».

Et c'est, en effet, la crainte qui s'est fréquemment imposée à nous dans l'examen de certains enfants. C'est même, en présence de la difficulté de prendre une détermination en plusieurs circonstances, que l'un de nos maîtres de la clinique des sourds-muets,

M. Grossard, nous faisait la réflexion : « il y aurait là une question intéressante à élucider, à serrer de plus près, le diagnostic du retard du langage par surdité ou arriérisme. » Car il y a souvent ce degré plus ou moins prononcé d'audition difficile à apprécier qui trompe le médecin et le déroute : il ne sait plus à quoi rapporter ce retard ou ce mutisme.

On a affaire dans le cas de surdi-mutité, comme dans le cas d'arriérisme, à des aphasiques transitoires de réception, les uns aphasiques de réception sensorielle, les autres aphasiques de réception intellectuelle. Comme dans les deux états le principal moyen d'expression, c'est-à-dire de manifestation de l'activité mentale, la parole, fait défaut et que, dans la surdité, existe une sorte d'indifférence pouvant en imposer pour de l'incompréhension, le diagnostic ne se présente pas toujours facile. De plus la surdité congénitale, considérée comme une dégénérescence, peut même coexister avec la débilité intellectuelle : cela est très fréquent. Nous en avons vu bien des cas. Si, en général, il est commode, à un certain âge, de se déterminer, la surdité étant bien nettement reconnue, cependant l'examen n'est pas dans toutes les circonstances possible avec la même rigueur, la même exactitude. L'inattention de l'arriéré peut en imposer pour de la surdité. Il faudrait se livrer à des recherches visant alors plus spécialement le degré de déchéance intellectuelle : ce que ne peuvent se permettre toujours les médecins d'une clinique otologique très fréquentée.

Nous avons constaté l'infinie graduation de la surdité amenant dans le premier âge la mutité. N'y a-t-il pas des limites aussi peu définies, aussi peu déterminées de l'intelligence médiocre à l'imbécillité ?

Il importe cependant, avant d'aller plus loin, de faire une remarque importante avec Bernard Perez, Sollier, Séglas (1). Le développement du langage n'est pas de toute nécessité parallèle à celui de l'intelligence. « Il paraît bien, dit Sollier, que ce ne sont pas les enfants qui parlent le plus tôt qui sont les plus intelligents, mais ceux qui comprennent le plus tôt. Tout est là. Ce sont des aphasiques moteurs, parce que leur centre d'articulation n'est pas suffisamment développé, voilà tout. » Bernard Perez écrit : « On aurait tort de considérer la rapidité des progrès linguaux, question des organes mise à part, comme un indice de précoce intelligence ; c'est même tout le contraire qui me paraît être vrai. J'ai noté un retard remarquable, à l'égard de l'exercice de la parole, chez plusieurs enfants des deux sexes, nés de parents affinis par la culture intellectuelle et s'exprimant avec facilité : le père de l'un d'eux me témoignait même la crainte que son enfant ne fût muet ou quasi-muet, parce qu'à l'âge de 13 mois il bégayait à peine deux ou trois mots. Cet enfant a commencé tard à parler, il a même pris son temps pour avancer ensuite, mais à l'âge de trois ans ce petit homme avait un vocabulaire aussi riche que

1. Séglas. *Des troubles du langage chez les aliénés*. Rueff. Bibliothèque Charcot-Debove.

précis, et s'exprimait avec une justesse et une facilité très grandes. Je pourrais citer beaucoup d'autres exemples semblables », p. 300. « Il me paraît donc que plus un enfant est intelligent, moins il se paie de mots, plus il faut que les mots signifient quelque chose pour qu'il les apprenne, et c'est pourquoi il n'en apprend qu'à mesure qu'il se fait des idées nettes des objets. Chez les enfants peu intelligents, mais doués d'organes souples et d'une mémoire en avance sur le jugement, les mots précèdent les idées, les remplacent souvent ; ils les retiennent comme sons et association de sons, moins que comme représentation d'idées personnelles ». Voici la même opinion exprimée plus scientifiquement par Séglas (*loco cit.*) : « Il faut distinguer le langage de réception du langage de transmission. Chez l'enfant normal où les images verbales auditives (langage de réception) se développent toujours les premières il peut y avoir entre elles et l'apparition des images d'articulation (langage de transmission), une différence de temps très marquée. L'enfant comprendra le sens des mots, saura les rattacher à une idée, mais ne pourra les articuler que plus tard. » Sollier serrant la question de plus près explique que le langage ne lui paraît pas en rapport avec l'intelligence pour trois raisons : « 1° Parce qu'il y a des gens très intelligents qui ont un langage très défectueux et même des enfants chez lesquels il ne s'est jamais développé ; 2° parce que c'est la réceptivité du langage qui est signe d'intelligence et non l'émission ; 3° parce qu'il existe des idiots presque complètement

dépourvus d'intelligence et chez qui la parole est plus développée que chez d'autres plus élevés intellectuellement ». Ces nouvelles données, sans que nous pensions en faire des axiomes, montrent la complexité du problème du langage. Le rôle de l'intelligence n'est donc pas tout dans l'acquisition du langage, pas plus chez l'enfant normal que chez l'arriéré.

On avait cependant, dès longtemps, essayé de baser une classification des idiots et des imbéciles sur les troubles du langage. Esquirol (1) entre autres admettait cinq degrés dans l'idiotie et l'imbécillité :

« Dans le premier degré de l'imbécillité la parole est libre et facile. Dans le second degré la parole est moins facile, le vocabulaire plus circonscrit. Dans le premier degré de l'idiotie proprement dite l'idiot n'a à son usage que des mots, des phrases très courtes. Les idiots du deuxième degré n'articulent que des monosyllabes ou quelques cris. Enfin dans le troisième degré de l'idiotie, il n'y a ni parole, ni phrases, ni mots, ni monosyllabes ». On peut critiquer une telle classification et pour les raisons émises plus haut. Elle n'en est pas moins utile à notre point de vue, en ce sens seulement qu'elle nous indique l'état du langage chez les arriérés en général. Nous en pouvons conclure déjà que l'imbécillité ni l'idiotie ne sont des obstacles absolus au développement de la parole.

Il nous reste à examiner si l'apparition de cette

1. *Des maladies mentales*, 1838, t. II, p. 340.

fonction est retardée, à quel point elle est retardée.

Avec tous les auteurs, Sollier, Séglas, affirment nettement que les idiots et les imbéciles présentent presque toujours un retard dans l'apparition de la parole. Pour tous les deux le développement se fait de même que chez l'enfant normal, mais il est beaucoup plus lent, mais les diverses phases sont plus éloignées les unes des autres. Et parfois ce développement ne va pas jusqu'au bout. Il s'arrête à l'une des étapes. L'enfant s'immobilise dans cette imperfection qu'il ne peut franchir, montrant ainsi sa tare.

Comment diagnostiquerons-nous, en face d'un enfant qui est en retard pour le langage : arriérisme ?

Voici une observation, incomplète il est vrai, mais qui nous montrera par son défaut même, ce qu'il importe de chercher :

B., Y.-B. G..., 3 ans, jumelles. La grand'tante dit qu'elles entendent bien, qu'elles obéissent à un ordre. Elles répètent un air, mais avec difficulté. Je constate, en effet, qu'Yvonne, seule présentée, comprend ce qu'on lui dit ; elle montre son nez, son œil, son soulier, son bas, son manteau, à la demande de sa tante qui lui parle dans le dos, en la tenant assise sur ses genoux. En revanche elles ne disent pas un mot, qu'un seul, « papa ». L'état général est plutôt débile.

Yvonne est une enfant maigre et pâlotte. Elle a déjà été aux Enfants-Malades où l'on a parlé d'adénoïdes et ordonné de l'huile mentholée en inhalation nasales. Elle est, ainsi que sa sœur, très nerveuse ; présentement très irritable et d'examen difficile, et c'est pourquoi l'examen est renvoyé à huitaine où l'on amènera l'autre jumelle, Germaine, plus maniable, paraît-il. Elles sont

nées la première année du mariage. Elles n'ont jamais eu de convulsions, ni fait de maladies. Certains jours, elles crient beaucoup, de façon désagréable. Le père exerce une profession libérale et se porte bien ; il est sobre, au moins depuis son mariage. La mère très nerveuse, n'a pas eu d'accidents pendant la grossesse. Elle grince fortement des dents à toute émotion, même pendant la nuit, à s'en faire mal, avec une telle violence qu'elle se plaint parfois le matin. Elle n'a pas mordu sa langue dans ces moments. Pas d'attaques de nerfs. En plus de ces deux enfants il en est né une troisième, qui a actuellement 17 mois ; qui entend mais ne dit encore que « papa ».

Si nous nous en rapportons à ce qu'écrit Krishaber dans son article *Mutisme* du *Dictionnaire encyclopédique* : « Le mutisme d'un enfant d'environ 3 ans est presque toujours l'indice d'un arrêt de développement congénital », nous écrirons en tête de cette observation : Arriérisme.

Et c'est aussi notre diagnostic. Un passage est surtout important à considérer : « certains jours elles crient beaucoup de façon désagréable ». Sollier nous dit, parlant des idiots : « Par contre ils poussent souvent des cris rauques qu'on ne sait à quoi attribuer, car ils n'expriment ni douleur, ni crainte, ni colère. Souvent même ces cris se manifestent sous forme d'accès ». Mais à part ces remarques il semble bien difficile de se déterminer dans un sens plutôt que dans un autre. Avons-nous affaire à un simple état passager de débilité physique et mentale, tel que nous en citera Ladreit de Lacharrière, ou à des aphasiques moteurs tels que les conçoit Renaut de Lyon ? Car

l'aspect de l'enfant ne donne nullement une impression désagréable : « la physionomie était assez ouverte » Il faut cependant constater que la grand'tante n'a pas insisté sur l'intelligence de l'enfant. Il y a aussi une tare nerveuse héréditaire certaine. Mais tout cela n'est pas parfaitement probant. A dire toute notre pensée il manque un examen pédagogique sondant les capacités intellectuelles.

Pourrait-on avoir des indices plus caractéristiques ? Il faudrait chercher les stigmates de la dégénérescence ?

Dans le cas présent que l'on pourrait qualifier d'« imbécillité légère » ou « d'arriération intellectuelle », avec Bourneville, on ne peut toutefois s'attendre à trouver grand chose d'après la définition donnée : « les facultés intellectuelles sont retardées et notablement au-dessous des facultés des enfants du même âge. L'attention peut être fixée au moins pendant quelque temps. Les mouvements, la marche, la préhension et la sensibilité sont en général intacts. Les stigmates de dégénérescence sont moins nombreux et moins prononcés que chez les imbéciles et surtout les idiots. » Et, dans la thèse récente de Damaye, « Essai de diagnostic entre les divers états de débilité mentale », nous lisons : « Bien simplifiée serait la difficulté si les débilités mentales pouvaient être révélées par un examen physique portant sur un ensemble de signes anatomiques et physiologiques. Malheureusement dans les états d'arriérisme intellectuel l'examen somatique ne peut nous être que d'un

secours assez minime, et en tous cas ne peut servir à aucune méthode de diagnostic. Quoi de plus variable, en effet, dans leur nombre et leur intensité que ces déviations du type normal, anatomiquement et physiologiquement appelés stigmates de dégénérescence. » Imbécillité ? Débilité de Legrain ? Mais l'imbécile parle, avec du retard, quelquefois de la blésité, du bégaiement, de l'ânonnement, avec un vocabulaire restreint.

Nous avons affaire, il est vrai, dans le fait présent à un cas peu net, où le diagnostic peut hésiter. Mais ce sont ces cas, à rapprocher des cas de demi-surdité dont nous avons parlé dans les pages précédentes, qui embarrassent souvent le médecin interrogé presque à brûle-pourpoint.

Ce qui éclairera le plus nettement le diagnostic dans ces cas, c'est l'examen des facultés intellectuelles et ceci est affaire de temps ou de pédagogie.

Les deux enfants dont il s'agit sont ce que l'on appelle commodément des dégénérées, des êtres déviés déjà du type normal. On ne saurait les dire idiots. Le terme d'imbécile est bien vague, à moins qu'il ne signifie simplement simple d'esprit. Nous croyons plus habile de les appeler poliment, selon le mot du professeur Fournier, des arriérés : car ce terme ne préjuge pas absolument de l'avenir qui peut réserver bien des surprises.

Le manque d'équilibre intellectuel n'est pas toujours aussi dissimulé, même à un examen sommaire.

E..., 5 ans, juin 1901.

Légère surdité. Grande difficulté de la parole, répète quelques voyelles, quelques mots. Semble ne mal répéter le reste que par défaut de mémoire ou d'attention ou de compréhension. Est venu au monde à huit mois. La mère a eu de grandes contrariétés pendant la grossesse, de l'hydramnios : accouchement dangereux pour l'enfant. Bien nourri en nourrice jusqu'à quatre ans et demi. Eczéma pendant trois ans et demi, dès la naissance, surtout à la figure. Convulsions pendant qu'il était en nourrice. A commencé à marcher à quinze ou seize mois. Ses dents ont poussé assez régulièrement, mais en ce moment quelques-unes sont gâtées. Bien conformé. Voûte palatine élevée : tophus palatin. Dos du nez épais, gêne de la respiration, déviation de la cloison probable. Bosses frontales accentuées, plus à gauche. Front bas. Crâne natiforme. A gauche, petit fibrochondrome branchial devant le pavillon de l'oreille. Attentif, mais pas de mémoire, d'après la mère. Caractère peureux. »

Ce cas est plus complet et plus net. Mais notons que l'enfant est âgé de 5 ans. Nous pourrions citer encore deux des observations de Ladreit de Lacharrière, les deux dernières, concernant deux élèves entendants de l'Institution des Sourds et Muets, l'observation IV de Kœkelenberg dans l'opuscule : *Six ans d'orthophonie*, du Dr Gaston Daniel (1). L'attention, la mémoire surtout font défaut. Ce sont des débiles intellectuels, ce que nous disons avec bien d'autres : des arriérés.

Quant au véritable idiot, son aspect le définit vite.

1. *Six années d'orthophonie à la clinique de Bruxelles*, par le Dr Gaston Daniel. Bruxelles, 1903.

Cela n'empêche pas les erreurs puisque nous voyons désigner sous le titre de sourd-muet le jeune

J... Lucien 4 ans, venu à la clinique le 20 septembre 1900. Nous l'examinons en mai 1901. Il a eu deux fois des convulsions vers l'âge de 3 ans, on ne sait s'il en eut en nourrice. Il n'a marché qu'à 3 ans et demi. Il dit « papa et maman » et quelques bisyllabes aussi simples : « dada ». A des petits cris incohérents, de l'instabilité surtout dans les jambes. Paraît affectueux. Un frère et une sœur bien portants. La mère a eu de grands ennuis pendant la grossesse. Elle a 30 ans. Le père a 60 ans et boit.

Le tableau est net.

Outre les dystrophies diverses, l'histoire du développement de l'enfant idiot ou imbécile est instructive. C'est aussi de ce côté qu'il faudra se renseigner dans tout cas embarrassant.

On observe, selon le degré de déchéance, des troubles plus ou moins marqués de la motilité, de la marche, de la préhension, de la propreté, même des perversions d'instincts. Laissant de côté l'idiot incurable des deux premiers degrés de la classification de Bourneville, chez qui la fonction du langage fait défaut par défaut absolu d'intelligence, observons, pour en tirer profit à notre point de vue, l'évolution du jeune arriéré. Le développement général de l'idiot est lent après la naissance. Les dents apparaissent tardivement, vers quatre ans et quelquefois plus tard encore : elles sont mal plantées, crénelées, difformes, facilement altérables par la carie : il en est parfois de sup-

plémentaires. La faiblesse musculaire empêche la marche avant un âge assez avancé, si elle ne l'arrête : les membres sont souvent frêles, étiques. « Très longtemps l'enfant reste absolument étranger au monde extérieur et l'on attend vainement le réveil des facultés intellectuelles (1) ».

Du côté des sens nous trouverons parfois une insensibilité relative de l'odorat. Des cas d'obtusion ou d'inégalité singulière sont signalés à côté de cas d'acuité extraordinaire. De même « la persistance ou l'indifférence du goût, chez le jeune enfant, moins toutefois que sa perversion, serait un symptôme grave : ce sont des anomalies constatées chez beaucoup d'idiot. La sensibilité tactile est très obtuse en général chez eux, toujours d'une manière uniforme et non en plaques » (Bernard Perez).

L'intelligence, s'il en existe, se développe d'une façon très lente, très restreinte toujours. Le développement du langage suivra, mais non d'une façon parallèle, au contraire avec des inégalités remarquables.

Sollier a particulièrement étudié, dans sa *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile* cette question du langage. Nous retrouverons la même diversité dans l'évolution de la parole que chez l'enfant normal. Cela dépend des lésions cérébrales. Chez certains les lésions de sclérose atteignent surtout les régions antérieures du cerveau, frappant plus directement les

1. Legrain. Thèse 1885-1886.

centres du langage : la fonction de la parole sera donc encore plus diminuée que l'intelligence elle-même. Nous trouverons dans une constatation anatomo-pathologique inverse la raison de la loquacité des microcéphales, les lésions prédominant chez eux dans les lobes postérieurs surtout diminués de volume. Voilà donc un fait : le développement du langage ne répond pas de façon absolue au degré du développement intellectuel, toute question d'organes d'émission mise à part. Nous avons déjà dit que certains idiots étaient muets. Sollier les classe en « aphasiques moteurs qui ne peuvent parler, tout en comprenant à peu près ce qu'on leur dit, et des aphasiques par surdité verbale qui ne comprennent pas un mot de ce qu'on leur dit et sont incapables en même temps d'émettre un seul mot, incurables, qui se retournent si on fait un bruit fort et qui ne sont pas par conséquent sourds. Il en est d'autres, qui non seulement paraissent sourds aux paroles, mais même à toute espèce de sons et qui, cependant, ne sont pas sourds. Leurs surdité n'est qu'apparente et tient uniquement à l'absence d'attention ».

Le diagnostic pour ces cas ne souffre pas de doute. Il ne présente pas beaucoup plus d'embarras pour un degré de déchéance moins marquée. Mais nous avons vu l'hésitation dans laquelle on peut se trouver en présence de débilité intellectuelle simple. C'est pour cette raison que nous croyons utile d'insister sur l'apparition et l'évolution du langage articulé chez l'idiot en général ; nous y pourrions suivre les manifestations

précoces de la tare congénitale plus ou moins profonde. Notre interrogatoire en devra faire son profit.

Beaucoup d'idioti en restent à la première période de Kussmaull, aux cris, aux sons indistincts. D'autres n'arrivent que très tard à la seconde période, celle du balbutiement des quatre premiers mois, qui sont surtout des sons labiaux et vocaux, aussi des sons linguaux et palataux, sifflements, grognements, claquements. C'est là un rudiment de parole auquel se choque déjà leur impuissance. « Il n'a jamais gazouillé, nous disent les parents, comme mes autres enfants. » (Sollier). Par contre on observe ces cris rauques, inarticulés, sans but ni signification, dont nous avons déjà dit un mot, et qui surviennent fréquemment par accès. Cependant il en est qui parviennent à imiter des sons en leur attribuant ou en ne leur attribuant pas une compréhension certaine, « papa, dada, dodo ». Mais il y a déjà ici du retard, par conséquent déjà acquis avant la troisième étape, la plus difficile à franchir, celle où « l'enfant apprend à relier les images objectives déterminées avec les mots acquis qui peu à peu se convertissent en idées, où la parole devient seulement une expression de pensée » (Séglas). Beaucoup n'arriveront à parler que comme des perroquets, par pure imitation auditive, sans comprendre, d'une façon plus ou moins convenable. Ils répéteront même des phrases entières, mais dans les mêmes conditions. Dans quelques cas on pourra trouver du rabâchage, comme chez l'enfant normal. Mais dit Sollier : « il n'est pas du tout comparable dans

les deux cas. Dans le premier (l'enfant normal) nous pouvons admettre qu'il soit une distraction et un repos pour l'enfant dont le centre de la parole est cependant en activité comme toute la zone motrice et pas plus qu'elle assurément. Mais tout en laissant son centre d'articulation fonctionner automatiquement l'enfant continue à penser et à agir en conséquence de ses pensées. Chez l'idiot, au contraire, le rabâchage devient un véritable tic. Ce n'est pas pendant quelques instants qu'il répétera le même mot ou la même phrase, ce sera continuellement, à propos de tout et à propos de rien, sans qu'on puisse l'arrêter, ou bien, au contraire, il suffira de prononcer devant lui un mot, une phrase pour qu'il se mette à la répéter à satiété. C'est de la véritable écholalie. De plus l'idiot ne pense pas, tout en émettant des sons de la sorte, et, la meilleure preuve, c'est qu'il n'agit pas en rapport avec ce qu'il répète. »

Il serait temps de résumer toutes ces considérations présentées dans un ordre bien confus. Le débile intellectuel, outre les signes de dégénérescence possibles à constater, se présentera avec défaut d'équilibre mental par faute d'attention, de mémoire : il n'a l'air de pécher que par ce côté. Il est souvent susceptible d'éducation et il est prudent de ne le traiter que d'arriéré, car l'avenir pour certains est le progrès.

L'idiot est parfois muet, par aphasie de réception intellectuelle surtout, parfois par aphasie motrice en outre. Comme pour la marche, les dents, etc., il est presque toujours en retard pour le langage articulé,

qui n'est d'ailleurs jamais parfait chez lui. En plus de son attitude générale, la perversion de ses sens, ses dystrophies, il ne pousse d'abord que des cris sans intonation, ni intention. Il ne gazouille pas un jour comme l'enfant normal ou seulement très tard. Son rabâchage est une véritable écholalie sans aucune compréhension. Il a des accès de cris rauques sans signification ni but. Lorsqu'il y a un vocabulaire, il est très restreint, et les actes ne s'accordent pas toujours aux paroles.

Si le diagnostic d'idiotie est facile, l'imbécile, le débile intellectuel demande une longue attention, une sorte d'examen pédagogique ; et il est prudent de réserver le pronostic jusqu'à ce que l'enfant soit parvenu à un âge où il puisse nettement manifester ce qu'il est.

— Mais il est une classe d'idiots qui appelle plus particulièrement notre attention, parce qu'elle est susceptible d'amélioration. Nous verrons plus tard quel autre intérêt elle présente pour nous. Nous voulons dire l'idiotie myxœdémateuse.

OBSERVATION I

MARFAN. — *Journal de médecine interne*. 1889, page 495.

Petite fille de 28 mois atteinte de myxœdème congénital. N'a qu'une taille de 61 cent. Pèse 6 kilogs. N'a que quatre dents. Ne marche pas, ne parle pas, comprend à peine. Elle est soumise à la médication thyroïdienne qui réussit merveilleusement.

OBSERVATION II

JAFFÉ ET SAUGER (*Soc. méd. de Hambourg*).

Garçon de 4 ans. Jumeau. Pesant 3 kilog. 450 à la naissance. Développement normal jusqu'à 6 mois. Ne sait ni marcher, ni parler. A 4 ans pèse 12 kilog. 500, taille 75 centim. Diagnostic, idiotie myxœdémateuse, myxœdème infantile. Traitement thyroïdien amène en trois mois une transformation complète. La taille s'accroît de 2 centimètres, le poids d'un kilog. Les dents ont poussé. L'aspect myxœdémateux a disparu. L'enfant est gai, court, joue et commence à parler correctement.

OBSERVATION III

SKCERECK (*Bulletin Soc. méd. de Berlin*, 30 nov. 1898).

Jeune fille de 15 ans. Père alcoolique. Nourrie au sein par sa mère jusqu'à 6 mois. A cette époque éruption vésiculeuse. Vers la fin de la première année les parents remarquent que l'enfant reste stationnaire. Elle ne commence à parler qu'à 3 ans, à marcher qu'à 7 ans. Enfant arriérée. A 15 ans pesait 15 kilogs, taille 80 centimètres. Peau épaisse, pâteuse, cyanosée; bouffissure. Dents mauvaises. Grande amélioration par le traitement thyroïdien. Diagnostic : myxœdème congénital.

Voici donc une catégorie d'idioti se définissant de façon parfaite, avec toutes ses dystrophies, ses arrêts de développement. Connue depuis environ trente ans elle a été décrite par Bourneville (1880); les cas

observés en sont de plus en plus nombreux. Le diagnostic en est facile. Le mal se manifeste ordinairement après le sevrage, dans deux des cas précédents dès l'âge de 6 mois, dès la fin de la première année. L'aspect est caractéristique avec la bouffissure de la face et du cou qui fait paraître démesurée l'extrémité céphalique relativement au corps arrêté dans son développement. Les téguments sont d'un blanc jaunâtre, épaissis, indurés, non déprimés par le doigt ; la peau est sèche, souvent squameuse, glabre. La muqueuse buccale est elle-même tuméfiée et anémiée. L'aspect général est hébété, visage rond, nez camus, lèvres entr'ouvertes. Les cheveux sont rares et rudes. Il y a persistance des fontanelles. Le corps thyroïde est absent. Les mains et les pieds sont souvent cyanosés et épaissis. La tuméfaction peut envahir le tronc et les membres. Les organes génitaux ne se développent pas complètement. Le caractère est doux, soumis. Paresse de la motilité ; d'ailleurs retard de la marche comme de l'apparition des dents. L'intelligence est à peu près nulle.

Il n'est donc pas possible de s'y tromper. Et le diagnostic en est d'autant plus heureux que, nous le voyons par les exemples précédents, l'amélioration obtenue par le traitement thyroïdien en est remarquable. Toutes les activités, toutes les énergies vitales se réveillent. L'enfant impotent se met à marcher. L'intelligence se montre : il se met à parler. M. le Dr Voisin en a présenté plusieurs sujets dans ses leçons du semestre d'hiver 1903-1904, à la Salpêtrière.

Mais le traitement thyroïdien doit être continu, avec des périodes de repos plutôt courtes. Car l'interruption trop prolongée fait reparaitre les accidents ; et cela est assez compréhensible si l'absorption de corps thyroïde par la voie buccale est destinée à suppléer à une sécrétion interne qui fait défaut chez ces enfants.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de l'idiotie myxœdémateuse qui serait due à l'absence de la substance élaborée par la glande thyroïde et de son rôle sur la nutrition du système nerveux, bien que nous ne croyons pas devoir la passer sous silence, en présence surtout de l'opinion émise par Ausset dans son rapport sur la médication thyroïdienne dans l'enfance (Congrès de pédiatrie de Nantes, septembre 1901). Ausset veut appliquer la médication thyroïdienne à toute une catégorie de dystrophies de causes les plus diverses : « Il est évident que chez les rachitiques, chez des albuminuriques, chez des anangioplasiques, l'arrêt de croissance est dû à un vice de la nutrition indépendant de toute lésion thyroïdienne. Mais il nous semble non moins évident que dans ces diverses maladies où la nutrition est si profondément troublée, où tous les organes sont atteints à divers titres, la nutrition des corps thyroïdes même doit être déviée et l'on s'explique dès lors l'action bienfaisante que les préparations thyroïdiennes peuvent avoir sur la nutrition générale du malade ». Le rapprochement était intéressant à faire. On ne saurait rien négliger en face de ces pauvres déshérités de la famille humaine.

Aphasie motrice pure ou aphémie.

Nous nous sommes d'abord senti bien hésitant en écrivant l'en-tête de ce chapitre. Cependant une voix aussi autorisée que celle du Dr Renaut de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, mérite d'être écoutée. Le professeur Renaut, dans une conférence faite à l'Institution des Sourds et muets de Lyon, insérée dans la *Revue internationale de l'enseignement des sourds et muets*, janvier-février 1889, dit très nettement : « Il est une cause de mutité tout à fait indépendante de la surdité ; c'est la destruction primitive des centres corticaux du langage. Dans toutes les écoles de sourds-muets il existe des enfants privés de la parole par ce procédé et j'en connais au moins un dans celle-ci. Ces individus ne sont nullement privés de l'ouïe, ils entendent bien. Si les centres corticaux de l'audition verbale, de la vision et de la mémoire graphiques ont été respectés, ils s'instruisent facilement et apprendront à lire et à écrire ; mais ils ne parleront jamais, si, ce qui arrive souvent, en même temps qu'ils sont atteints d'aphasie motrice, ils sont affectés de paralysie des muscles moteurs des mâchoires. Le plus souvent, les causes de ces lésions corticales sont obscures... Dans les premières années de sa vie l'enfant a eu des convulsions ; il en est sorti avec une paralysie plus ou moins complète des muscles de la mastication ». Somme

toute de ce qui précède même, il ressort que l'aphasique moteur pur par lésion seulement du centre moteur cortical semble assez rare. M. Renaut reconnaît que les lésions parallèles du bulbe sont fréquentes.

Le professeur Dupont, de l'Institution des Sourds-Muets de Paris, me dit en voir fort peu de ce genre et supposer toujours, outre l'aphasie, quelque atteinte intellectuelle. Encore ici le centre moteur ne serait pas seul atteint, car ce serait l'effet d'un merveilleux hasard, en dehors des traumatismes directs.

Cependant certaines observations rapportées par divers auteurs semblent bien répondre à la définition de Renaut, d'aphasie par atteinte du centre moteur, c'est-à-dire sans doute d'enfants intelligents et entendant. Telle est celle rapportée par Bikkers, de Rotterdam (Rapport sur l'Inst. des S.-M. de Rotterdam par M. Bikkers, directeur, 1893-1894, p. 5) ; Un jeune garçon qui entendait la parole et la comprenait, mais qui était affligé d'un mutisme absolu, ayant été renvoyé de l'école primaire à cause de son infirmité, fut placé à l'Institution des Sourds-Muets de Rotterdam. Après un séjour d'une année dans cette Institution, où l'on put lui apprendre à parler au moyen des procédés en usage pour les sourds-muets, il fut admis à nouveau à l'école primaire, l'instituteur le jugeant capable de suivre les cours de la dernière classe de l'école ». En voici une autre de Dubranle : « M. Dubranle, professeur des cours normaux et censeur des études à l'Institution des Sourds-muets, dont l'autorité est si compétente en matière d'éducation, nous dit avoir

appris à parler à une fillette non sourde, mais muette de naissance, n'ayant jamais proféré aucun mot. La fillette avait dix ans quand les leçons commencèrent. La parole lui fut complètement rendue. Au bout de trois ans elle fut placée dans une institution de Sourdes-muettes pour y parfaire son instruction. Classée dès son entrée parmi les bonnes élèves d'une classe correspondant à la cinquième année d'études, elle devint, dans la suite une des meilleures élèves de l'institution. Son oreille lui servit beaucoup. « De l'opuscule déjà cité, publié par le Dr Gaston Daniel, médecin-adjoint à l'Ecole d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles, nous extrayons encore l'observation suivante :

Guillaume L..., 4 ans. Ce cas (nov. 1899), assez rare, est celui d'un enfant muet, sans être sourd. C'est un cas de surdité verbale avec aphasie. En effet, la surdité n'était qu'apparente, puisque l'enfant entendait parfaitement bien le son d'une boîte à musique qu'il désirait beaucoup faire manœuvrer. On éloignait cette boîte; et quand on en jouait, il se dirigeait immédiatement du côté d'où partait le son. La distance maxima à laquelle on pouvait placer la boîte à musique, pour qu'il l'entendit jouer, était sensiblement la même que pour un enfant normal. Au début, l'indocilité du petit était absolue au bout de deux séances il fut maté, et on put commencer un traitement rationnel et progressif pour l'amener au point où il en est aujourd'hui : comprend tout ce qu'on lui dit, possède un vocabulaire assez étendu, capable de répéter tous les mots possibles français ou flamands (1902). Quant à l'oreille, les D^{rs} Hicquet et Delsaux, qui l'ont examinée, n'ont jamais relevé aucune lésion ».

Voilà, en effet, des cas qui paraissent bien caractéristiques. Mais retenons de la troisième observation ces mots qui sont un aveu précieux : « ce cas assez rare est celui d'un enfant muet sans être sourd ».

Rappelons en passant que Sollier, parmi les idiots muets, range des « aphasiques moteurs qui ne peuvent parler, tout en comprenant à peu près ce qu'on leur dit ».

Au point de vue théorique rien n'est plus vraisemblable qu'un pareil cas pathologique. Mais nous savons qu'en dehors de faits d'un merveilleux à-propos, d'une utilité sans prix pour la science, la clinique n'enregistre rien d'aussi précis. En fait, une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche existe rarement à l'état de pureté sans taches voisines. L'aphasie motrice n'est qu'un symptôme topographique, selon l'originale expression du professeur Fournier. Et l'enfant ainsi atteint est souvent en même temps un débile intellectuel ou tout au moins un dégénéré, c'est-à-dire un enfant chez lequel quelque point de l'organe mental présente un défaut ou une anomalie. Les deux observations suivantes de Ladreit de Lacharrière sont nettes à ce sujet :

L... entré à l'Institution nationale, en 1869, à l'âge de 10 ans. Né dans les colonies, élevé dans les Antilles. On avait commencé chez lui son instruction, mais elle était fort rudimentaire, puisqu'il ne savait écrire que son nom et ne savait pas écrire celui de son pays. On avait cherché également à développer la parole et on n'était parvenu qu'à lui faire prononcer les deux mots papa et maman, mais la voix était aussi mauvaise et aussi défectueuse

que celle des sourds-muets de naissance les plus rebelles au langage articulé. Aujourd'hui L... est à l'âge ingrat de l'adolescence, mais, quand il est arrivé à Paris, c'était véritablement un joli enfant. Sa tête était petite, son front légèrement fuyant, mais ses grands yeux noirs étaient clairs et intelligents, les traits étaient réguliers, son teint légèrement olivâtre rappelait un peu le type indien. L'aspect de sa personne était un peu triste, il n'était pas remuant comme on l'est à cet âge. Il était doux, obéissant, facile, propre sur lui et dans ses habitudes. Il a suivi le cours des études, mais il est resté toujours un des derniers de la classe et constamment en retard sur les enfants de son âge. Il sait lire et pourrait comprendre un écrit facile : il sait écrire, mais il ne saurait faire une narration écrite et faire le récit d'une action de quelque durée. Quand le moment a été venu de lui donner une profession, on a dû le placer à l'école du jardinage. Il y remplit sa tâche, mais il manque absolument d'initiative. La faculté qui semble le plus lui faire défaut est la mémoire. Cette faculté semble réduite chez lui à une sorte de nomenclature, mais une explication d'un fait, une théorie si simple qu'elle soit ne saurait y trouver un plan durable.

Cet enfant est moins intelligent qu'on ne pourrait le croire tout d'abord, mais il ne ressemble en rien à un idiot. Le langage articulé ne s'est pas développé depuis qu'il est à l'Institution ; il répond par signes, très judicieusement et à propos. La parole n'a aucun attrait pour lui et il ne fait aucun effort pour la conquérir. Le langage des signes est au contraire celui qui lui plaît et dont il se sert constamment. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il entend parfaitement bien et qu'il exécute aussitôt tous les ordres verbaux. On n'emploie avec lui que le langage articulé, tandis que lui ne répond que par signes. — 2° L'enfant M..., âgé de 10 ans, est entré à l'Institution au mois d'octobre dernier (1875). Il est originaire de Paris. Sa tête est très petite ; a une grande mobilité

dans la physionomie et tout d'abord paraît très peu intelligent. Il entend parfaitement bien, mais ne prononce pas un seul mot. On aurait pu croire que cet enfant était d'une intelligence trop bornée pour être accessible à l'éducation. L'observation nous a montré qu'il n'en est rien. Il suit sa classe et n'est pas en retard sur ses camarades. Il a appris à écrire les noms de tous ses condisciples ; quand on lui donne un ordre simple, il l'exécute et écrit sur la table le verbe qui désigne son action. Son intelligence semble se développer aussi rapidement que celle de nos jeunes sourds-muets très intelligents ; mais l'application, une attention quelque peu soutenue semblent lui faire défaut et son professeur assure que la mémoire est très infidèle. »

Voilà donc deux enfants dont l'intelligence est suffisante, dont l'ouïe existe et chez qui la parole ne se développe pas, même par l'éducation chez le premier. Ce sont des aphasiques moteurs, mais dissociés puisqu'au contraire ils se plaisent aux signes. Nous pourrions mentionner d'autres cas d'aphasie, accompagnés de ces troubles paralytiques dont parle le professeur Renaut. Nous renverrons à l'article « *De l'aphasie chez l'enfant, essais de traitement pédagogique* » du professeur Danjou de l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris (1), observations de l'abbé Tarra. Encore l'observation personnelle de M. Danjou.

Avant de terminer rappelons l'opinion de Désiré Bernard dans son ouvrage sur l'aphasie (2) : « Doit-

1. *Revue Internationale de l'Enseignement des sourds-muets*, avril-mai 1896.

2. *De l'aphasie et de ses diverses formes*. Paris, 1889, p. 183-184.

on classer parmi les aphémiques certains muets qui entendent et comprennent la parole, mais ne peuvent parler, malgré tous les efforts de leurs éducateurs ? Plusieurs auteurs ont pensé, après Vaïsse, que de tels sujets, intelligents d'ailleurs et nullement idiots, ont une lésion localisée du cerveau, sont frappés d'un arrêt de développement de la circonvolution de Broca. Si c'est là chose fort probable, personne, comme le dit M. Ladreit de Lacharrière, n'en a encore fourni la démonstration, quoique ces faits aient été observés et signalés depuis bien longtemps par Gall, Hufeland, J. Frank. Certains de ces enfants, comme certains aphémiques, recouvrent tout d'un coup la parole. Boteman rapporte que de tels exemples se sont produits à l'asile des idiots du comté d'Essex. Tel fut le cas du fils de Crésus, qui recouvra la parole pour écarter du corps de son père le glaive d'un soldat. Tel fut celui d'un enfant observé par Bastian, qui parla pour la première fois à l'âge de 6 ans, à la vue d'un accident arrivé à l'un de ses jouets favoris. »

La théorie de la suppléance par l'hémisphère droit, invoquée par Renault, pourrait expliquer le cas de ces enfants entendants, dont l'intelligence paraissait intacte, entière, et qui, après un long retard, par une éducation appropriée, se mettent à parler ainsi qu'un enfant normal. Ceci nous est un encouragement à ne jamais désespérer d'un enfant dont l'intelligence est bonne et dont l'appareil phonateur est intact, ainsi que l'oreille.

M. Danjou termine son article par la conclusion suivante : « Il va de soi qu'en général le succès de ce genre d'enseignement (phonétique) sera d'autant plus grand que l'enfant sera à un moindre degré un débile, au point de vue intellectuel, et qu'il sera resté moins longtemps sans parler. Si l'on peut admettre le cas de guérisons subites et inespérées dans le genre de celles que rapporte Désiré Bernard, il n'est, pensons-nous, guère prudent de les attendre, et il y a grand intérêt à entreprendre le traitement pédagogique le plus tôt possible. »

Le pronostic pour ces enfants doit être réservé et prudemment formulé.

Le diagnostic n'est que le résultat d'une longue observation.

*Maladies du système nerveux : convulsions,
nervosisme.*

L'importance du système nerveux dans la fonction du langage est grande. D'ailleurs ses atteintes ont souvent un retentissement sur la plupart des appareils de l'économie : la parole articulée ne saurait y échapper.

Il est de connaissance commune que chez l'enfant ce système nerveux est éminemment susceptible. La surdité congénitale, l'idiotie, l'aphémie que nous venons de passer en revue nous montrent des affections graves, des atteintes irremédiables dans la majo-

rité des cas, des dystrophies, des arrêts de développement. L'hérédo-syphilis cérébrale et ses multiples localisations, la sclérose lobaire, la porencéphalie, les diplégies spasmodiques, toutes les encéphalites, en un mot, aboutissent, ainsi que l'enseigne Brissaud, à une évolution de symptômes toujours les mêmes. Elles peuvent se compliquer d'idiotie si les lésions portent sur le lobe frontal. Le développement intellectuel est encore bien plus sûrement arrêté si elles sont bilatérales. Quelle que soit la forme anatomo-pathologique de l'encéphalopathie elle aboutit presque toujours à la paralysie, hémiplegie spasmodique, hémiplegie athétose, hémiplegie choréique, etc. Mais si les troubles intellectuels sont fréquents, parfois légers. « quel que soit le côté du cerveau atteint par les lésions, les individus qui sont hémiplegiques dès l'enfance ne présentent jamais d'aphasie » (Dieulafoy), grâce sans doute à la suppléance fonctionnelle possible dans des cerveaux incomplètement développés.

Dans les diplégies spasmodiques, syndrome de Little, les contractures occasionnent — en dehors des altérations intellectuelles possibles — du retard de la marche comme du retard de la parole. Observation Gaston Daniel (*loc. cito*). « Gaston F... 16 ans, maladie de Little. Spasticité de tous les organes. N'articule rien, ne peut porter la langue derrière les incisives supérieures. Aucun son ne vibre dans la gorge, tout est nasal. Ne prononce pas les L, t, d, n, c. Actuellement (17 ans) il parle correctement et ne fait plus beaucoup de grimaces. La langue, qui n'est plus

visible quand il parle, sortait constamment de la bouche avant qu'il fut traité ». Il faut accuser de ces désordres fonctionnels la spasticité persistante.

De même les paralysies, selon leurs localisations, apportent leur empêchement au développement de la parole. Observation G. Daniel (*loco cit.*) « Marie Z..., 13 ans. A souffert de paralysie infantile ; il lui en est resté une atrophie de tout le côté droit du corps et de la moitié de la langue. La langue est grosse, dure, peu mobile ; et le langage inarticulé. La voix est monocorde et gutturale. Le traitement a consisté en gymnastique linguale, mouvement de la langue dans toutes les directions. Actuellement elle a 18 ans, lit et parle d'une façon claire et intelligible, sans que ses organes phonateurs se soient modifiés d'une façon bien évidente, ce qui nous permet d'attribuer l'amélioration bien plus à la perfection de la méthode qu'à celle des appareils ».

Ajoutons, afin d'être complet, que nous avons déjà, à propos de l'idiotie, de l'imbécillité, de la débilité mentale, constaté les effets de l'hydrocéphalie, de la microcéphalie, des méningites chroniques, des tumeurs de l'encéphale, de la cachexie pachydermique. Dans tous ces cas le diagnostic du retard du langage est celui de la maladie nerveuse et le pronostic relève des lésions présumées.

Nous verrons plus loin que le système nerveux n'a pas besoin, pour manifester sa souffrance, d'une lésion palpable, irremédiable : la syphilis héréditaire, si terriblement menaçante pour les centres nerveux,

peut agir ainsi par une sorte de rôle déprimant.

Que manifestent les états de nervosisme dont parle Ladreit de Lacharrière dans deux des observations de son article ? « Elise L..., Grande-Rue, à Issy, est une petite fille de cinq ans et demi qui ne prononce encore que les mots papa et maman. Elle a une bonne attitude, une physionomie ouverte, et ses parents assurent qu'elle est intelligente. Depuis longtemps déjà elle a des habitudes de propreté. Elle est d'un tempérament très nerveux et d'un caractère assez violent. Les parents attribuent ces dispositions aux convulsions dont elle aurait été atteinte à l'âge de deux ans au moment de l'apparition des grosses dents. Après trois mois de traitement il s'était produit une amélioration notable, l'enfant prononçait un certain nombre de mots. Ce mieux n'a fait que progresser. C'est sans doute la coordination qui fait défaut. Ce n'est pas seulement à une médication sédatrice que j'ai cru devoir recourir, j'ai cherché à régulariser ce que les mouvements pouvaient avoir d'incoordonné ; la gymnastique, un exercice rythmé, le chant lentement exécuté m'ont été d'un grand secours.

« Observation. L'enfant Eugène Ch..., de Boulogne-sur-Seine, qui fait l'objet de la note suivante, nous donne encore l'exemple d'un développement très retardé du langage qu'on ne pouvait attribuer qu'à des troubles du système nerveux. C'est au mois de novembre 1875 que j'ai eu occasion de le voir. Il avait vingt mois ; d'apparence chétive, il semblait peu développé ; la physionomie ouverte dénotait qu'il

était intelligent. Il avait déjà des habitudes de propreté. Il entendait parfaitement bien, mais ne pronçait pas un seul mot. Son père me dit qu'il était violent et que tous ses enfants avaient une excitabilité nerveuse déplorable. Il s'était marié deux fois, sa première femme était morte de la poitrine. Sur ses huit enfants du premier lit cinq étaient morts jeunes de convulsion, et les trois autres étaient délicats. Sur les quatre enfants du second lit, deux étaient morts de diarrhée et de convulsions. Cette continuité de troubles nerveux mortels chez des enfants des deux lits ne semble-t-elle pas indiquer une disposition héréditaire bien capable de troubler profondément le développement de l'enfant » ? Ladreit de Lacharrière n'hésite donc pas à attribuer le retard de la parole à cet état nerveux. Incoordination, dit-il. Est-ce un défaut d'équilibre ? ou simplement manifestation d'hérédité névropathique ?

Nous avons vu citer des convulsions dans la première des deux observations précédentes. Voici une troisième observation du même auteur qui nous rappelle le rôle important des convulsions dans l'enfance. « Observation Ladreit de Lacharrière (*id.*). Une petite fille A..., rue de la Douane, 13, âgée de 4 ans et demi, me fut présentée dans le courant de 1867. Cette enfant, de chétive apparence, avait eu à plusieurs reprises des convulsions ; elle avait été allaitée par une mauvaise nourrice, et lorsqu'elle fut sevrée elle était très en retard pour son développement. Lorsque je la vis elle ne commençait à marcher que depuis deux

mois. Elle entendait et comprenait parfaitement ce qu'on lui disait, mais ne prononçait pas un seul mot. Elle fut soumise à un traitement reconstituant (sirop d'iode de fer, frictions avec de l'eau-de-vie camphrée, bains sulfureux). Le 24 octobre, après quatre ou cinq mois de traitement il s'était produit un changement très heureux dans l'état de cette enfant. Elle avait une certaine vivacité et avait perdu l'apparence apathique d'autrefois. Elle commençait à parler et disait un assez grand nombre de mots. Le langage a suivi la même progression que la santé et est devenu satisfaisant. Faut-il attribuer l'arrêt de développement chez cette petite fille aux convulsions dont elle a été atteinte ? L'appauvrissement général de sa santé a-t-il été la conséquence ou la cause de ces accidents ? Toutes les suppositions sont possibles. Quoiqu'il en soit, une médication réparatrice lui a fait rapidement regagner le terrain perdu et nous avons vu la faculté du langage naître en même temps que les forces ». Ce n'est pas à dire que nous songions à nier ici la débilité générale de tout l'organisme. Son influence est incontestable et elle domine toute l'histoire du retard du langage quelle qu'en soit la cause littéraire apparente. Mais, en nous souvenant de la place que tiennent les convulsions dans les surdités de la première enfance, leur importance s'impose à notre attention. Elles seront symptomatiques de lésions cérébrales manifestes par ailleurs, de causes passagères, réflexes d'excitations périphériques ou d'infections ou d'intoxications, éclampsie, etc. » « Observation J. Daniel.

J. J..., petit garçon de 9 ans, arriéré. La mère divorcée rejette une grande part de la responsabilité sur le père qui était mauvais, brutal, la maltraitait continuellement, même pendant sa grossesse. Le gamin a eu des convulsions. Cet enfant a parlé fort tard. A trois ans il disait quelques mots à peine. Allait très bien (par éducation orthophonétique). N'a pas continué son traitement ». Quoiqu'il en soit on leur attribue bien des méfaits dont l'un est dans les cas présents un retard du langage. Nous les verrons d'ailleurs apparaître souvent chez ces enfants dont l'hérédité névropathique n'est pas douteuse la plupart du temps.

Manifestations dystrophiques diverses.

Nous allons examiner maintenant une série d'arrêts de développement que l'on pourrait grouper dans une classe dystrophique comprise, ainsi que celui dont parlait Ausset, dans la citation que nous venons de faire, retardataires par nutrition viciée ou déviée.

Bien près des arriérés sont les enfants sur lesquels ont été prises les deux observations suivantes. Ce sont des troubles dystrophiques qui ne semblent pas toutefois avoir porté une atteinte aussi grave au fonctionnement cérébral. Il n'en est pas moins vrai que la grosse lésion anatomique n'est pas la seule manifestation morbide. Il y a encore paresse du développement manifeste dans les deux cas. La parole est retardée, ainsi que la marche, ainsi que les dents.

OBSERVATION I

THIOLLIER (Thèse Paris, 1900-1901).

Cryptorchidie.

M. . Henri, salle Gillette. Enfants-Malades. Enfant né à terme, vigoureux à la naissance. Elevé au biberon. Aucune maladie en bas-âge. Se développe lentement au point de vue physique comme au point de vue intellectuel. Première dent à seize mois. Commence à marcher à deux ans, à partir de quatre ans et demi. Conformation anormale de la fonction génitale : absence totale des testicules.

C'est un dystrophique dysorchidien d'Apert (1), un retardataire.

OBSERVATION II

Présentée par M. MARFAN, à la Société médicale des hôpitaux,
mars 1896.

*Malformation atypique des quatre membres, caractérisée par
l'allongement des os avec un certain degré d'amincissement.*

Fillette de cinq ans. Née à terme. Pas d'antécédents morbides. Premières dents à quatre mois. N'a jamais marché. On s'est aperçu des malformations dès la naissance. Membres supérieurs : allongement de tous les segments, mains en « pattes d'araignée ».

1. Apert. *Les enfants retardataires.*

Rétraction fibreuse des tendons gênant l'extension. Doigts amincis. Membres inférieurs : pieds très allongés (18 cent. de long) : orteils amincis, os de la jambe allongés et aplatis transversalement. Allongement des cuisses et des jambes. Les mouvements des articulations des membres inférieurs sont généralement libres, moins toutefois que chez l'enfant normal. Extension des genoux rendue impossible par la rétraction fibreuse du creux poplité ; c'est la cause probable de l'obstacle de la marche. A l'âge de deux ans et demi, l'enfant ne parlait pas et on la croyait idiote, mais le développement intellectuel s'est opéré. Grande émaciation des membres. Pas de troubles de réactions électriques. L'enfant semble un peu s'améliorer. M. Marfan propose pour cette affection le nom de dolicho-sténomélie.

Le diagnostic, ici, ne supporte pas d'hésitation. La cause du retard dans le développement du langage se manifeste par la grosse lésion extérieure quel que soit le nom qu'on lui donne. Il y a dystrophie dans le premier cas par trouble de sécrétion interne, ainsi sans doute que dans l'idiotie myxoédémateuse, dans le second par atteinte de la nutrition du système nerveux de cause indéterminée, mais de retentissement général.

Le premier enfant ressentira encore dans la suite les effets de sa tare et restera peut-être intellectuellement et somatiquement un infantile. Il rentrera dans la catégorie des retardaires par dystrophie dysorchidienne d'Apert, Variot, Dalché. C'est à lui que s'adressera l'opothérapie orchidienne ; et, selon Apert, l'opothérapie thyroïdienne même, qui « semble donner plus encore » devra tout au moins être essayée.

Le second échappe à la menace d'idiotie dont on l'a cru un moment susceptible. Elle n'est donc, ainsi que le demandait notre démonstration, qu'un retardataire qui pourra se rattraper plus tard.

Rachitisme.

Ce titre peut surprendre à première vue; car Trousseau, dans ses cliniques, a enseigné que le développement intellectuel du rachitique était plus avancé que celui des enfants du même âge. Plutôt que de nous livrer à des vagues commentaires, relatons l'opinion si intéressante et si précise de M. Comby, dans son petit livre du *Rachitisme* de la collection Charcot-Debove. «Le rachitisme chez quelques sujets s'annonce par des modifications du caractère, par une tristesse insolite, par une indifférence absolue pour le monde extérieur. L'enfant autrefois gai, mobile, agité, devient inerte et sans expression, il ne sourit jamais, il est toujours grognon. L'intelligence subit une obnubilation réelle, quoique passagère. Trousseau a dit que les rachitiques étaient plus avancées intellectuellement que les enfants de leur âge. Je crois qu'il s'est trop hâté de généraliser des faits exceptionnels dont il avait été le témoin. La vérité est que les fonctions cérébrales restent pendant et après le rachitisme ce qu'elles étaient avant. Je n'ai pour mon compte, jamais noté l'influence favorable observée par Trousseau, et dans quelques cas même j'ai

vu un retard notable apporté par le rachitisme au développement des facultés intellectuelles. Il y a des rachitiques qui sont presque idiots, dont la parole est retardée outre mesure, et dont la perception des idées est aussi défectueuse que l'expression. Cette sorte d'imbécillité rachitique est curable, et il est très important de la reconnaître au point de vue du pronostic.»

L'avis de M. Comby est bien précis et nettement défini. Le rachitisme ne frappe pas les facultés intellectuelles de tous les enfants qui en sont atteints. Mais certains peuvent être très sérieusement obnubilés, jusqu'à même une idiotie curable. En général il y a simplement arrêt de développement.

Dans les deux cas, obnubilation légère, idiotie, le retard du langage est manifeste.

Cette cause de retard est d'ailleurs retenue par Ladreit de Lacharrière dans son article des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en 1876. Et voici l'observation qu'il donne :

Au mois d'octobre 1874 j'ai donné des soins au petit garçon W. ., âgé de 23 mois, d'une santé débile, ayant le ventre type des enfants rachitiques et une chute du rectum. Il entendait parfaitement, mais ne s'exprimait que par signes, désignait et faisait admirablement comprendre ce qu'il désirait. Il avait tout l'extérieur d'un enfant intelligent, mais il ne disait encore rien ; les parents étaient préoccupés de la pensée qu'il pouvait rester muet. J'ai été heureux de pouvoir les rassurer et mes prévisions n'ont pas tardé à être justifiées ».

Dans ce cas nous n'observons pas même l'arrêt de

développement intellectuel dont parle M. Comby. Il y a simplement retard du langage. Question sans doute de degré dans l'atteinte pathologique. Le rôle du rachitisme se réduisait ici à un affaiblissement physiologique peu marqué mais suffisant pour empêcher l'évolution parfaite de la fonction de la parole, surtout du côté de l'organe d'émission.

Voici un autre cas plus grave :

OBSERVATION I

Thiollier. Thèse de Paris 1901 1902. *Quelques considérations sur la marche normale et les causes du retard de la marche.*

L... René, 33 mois (Belleville), né à 7 mois. Pesait 1650 gr. En couveuse cinq semaines, service de M. Budin. Pesait à ce moment cinq livres. A 4 mois pesait 7 livres. Au sein pendant 4 mois. Depuis lors au biberon, lait ordinaire non bouilli. A 18 mois nourriture quelconque. Se tient sur ses jambes à 2 ans. Marche depuis 2 mois. Première dent à 12 mois. Préaturé atrophique. Chapelet costal, nouures aux poignets, rien aux jambes. Strabisme. Parle difficilement ».

L'atteinte est chez cet enfant beaucoup plus sérieuse. Il ne fait sa première dent qu'à 12 mois, il ne marche qu'à deux ans et demi. Il parle difficilement à 33 mois. On dira qu'il faut accuser sa naissance prématurée, sa croissance difficile. Un prématuré n'est pas forcément un retardataire, sinon du temps pour lequel il est prématuré. De plus le rachitisme est bien carac-

térisé et indéniable ; et c'est sans doute la nouvelle forme sous laquelle se manifeste la débilité de la nutrition.

Ces rachitiques, qui ne parlent pas en temps voulu, de même qu'ils n'ont pas marché, qu'ils n'ont pas fait leurs dents à l'âge ordinaire, sont, en effet, des débiles. Débiles comme les arriérés, comme les malformés, comme les syphilitiques héréditaires dont nous allons citer à présent quelques cas.

Syphilis héréditaire.

Nous lisons dans l'intéressante thèse de Thiollier qui a traité d'un sujet, le retard de la marche, que côtoie continuellement le nôtre, à propos du rôle de la syphilis héréditaire : « La plupart des affections cérébrales et médullaires peuvent être créées de toutes pièces par la vérole ; nous les retrouverons en parlant du retard de la marche dans les maladies nerveuses. Nous nous bornerons ici à les énumérer ; troubles intellectuels avec tous les degrés, depuis un simple « retard » jusqu'à l'idiotie profonde, méningites, gommès, endartérite cérébrale ou médullaire, arrêts de développement (maladie de Little, spina bipida), hémiplégie, hydrocéphalie, scléroses cérébrales, convulsions épileptiformes, etc. »

Nous avons déjà vu les effets possibles de la syphilis au point de vue qui nous occupe dans plusieurs de ses manifestations, l'idiotie, l'imbécillité, hydro-

céphalie, scléroses, méningites, etc. Dans tous ces cas le fonctionnement cérébral ou médullaire est directement atteint, des lésions existent. On peut en rapprocher le fait suivant :

OBSERVATION I

MONCORVO, citée par Fournier. *Syphilis héréditaire tardive*
(Sclérose en plaques).

Enfant né à terme. Etat de faiblesse extrême. Lésions de S. Convulsions dans l'enfance. Développement physique et intellectuel très lent. Ne commence à balbutier les premiers mots qu'à l'âge de 2 ans et à marcher que vers 6 ans. A ce moment changement de caractère, irritabilité, strabisme, nystagmus, faiblesse des jambes et défaut de coordination des mouvements. Tremblement à l'occasion des mouvements. Marche chancelante. Il ne peut se conduire seul. Expression d'imbécillité. Rires sans motifs, parole saccadée, embarrassée, monotone. Tremblement de la langue. Sensibilité intacte. Réflexes normaux. Traitement par l'iodure de potassium. Amélioration très rapide de tous les troubles.

Encore ici ne trouvons-nous, avant l'apparition de la sclérose en plaques, à l'âge de 6 ans, en outre des convulsions, que de la débilité et du retard dans le développement physique et intellectuel. Il semble qu'on n'ait eu affaire tout d'abord qu'à une déchéance générale de l'organisme, ainsi qu'en peut amener encore la tuberculose.

Les trois observations suivantes paraphrasent cette constatation de façon caractéristique :

OBSERVATION I

Malade de BARTHÉLEMY et PARINAUD, citée par Fournier.

Syphilis héréditaire tardive.

Enfant né d'une mère syphilitique. Ne commence à parler qu'à 2 ans, à marcher que vers 27 ou 28 mois.

OBSERVATION II

THIOLLIER (*loc. cito*).

Enfant âgée de 5 ans. Semble à peine en avoir trois. Elevée au biberon à la campagne. Père syphilitique. A marché à 29 mois. Encore faible sur ses jambes. Incontinence d'urine. Ne parle pas, mais comprend ce qu'on lui dit. Bons effets du traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION III

VARIOT (Thiollier, *id.*).

Cet enfant à 2 ans pesait 11 livres. Etat lamentable. Diarrhée profuse datant de plusieurs mois. Aspect absolument cachectique. L'enfant ne marchait pas, disait quelques mots à peine. S'alimentait mal. La dentition était très retardée. Quelques cicatrices suspectes mirent sur la voie diagnostique. Le traitement antisypilitique fut institué et ce fut une véritable résurrection.

On le voit par ces exemples, le rôle de la syphilis héréditaire est purement ici un rôle déprimant. Elle

fait des débiles, qui se nourrissent mal. Et le traitement spécifique suffit à tout faire rentrer dans l'ordre avec une merveilleuse réussite. Apert conseille d'y joindre le traitement thyroïdien ?

Citons à ce propos l'opinion de Fournier dans « l'hérédité syphilitique ». Nulle voix plus autorisée sur un tel sujet. Parmi les manifestations de cette hérédité syphilitique se rangent « les troubles dystrophiques généraux ou partiels s'accusant par de curieux retards et de non moins étonnants arrêts de développement, à savoir : lenteur de croissance générale, lenteur dans l'évolution des dents, retard dans la fonction de la locomotion, retard dans l'avènement de la puberté et de la virilité, dans le développement des seins, dans l'apparition des règles, de la barbe, des poils génitaux, etc. Chacun sait, en effet, que quantité d'enfants hérédo-syphilitiques sont particulièrement remarquables à ces divers points de vue : ils grandissent lentement et péniblement, ils font leurs dents en retard, ils ne commencent à marcher, à parler que tard, etc., etc., comme si (ce qui n'est que trop vrai en l'espèce) le développement de tous leurs systèmes était entravé par un vice organique, par une insuffisance native de la nutrition ».

Obstacles mécaniques de la phonation. Végétations adénoïdes du pharynx. Hypertrophie des amygdales. Coryza chronique.

Nous ne nous sommes jusqu'ici occupé que de causes d'ordre général du retard du langage, bien que certaines puissent se localiser aussi dans l'oreille ou dans les centres nerveux. Nulle d'entre elles ne s'adressait à l'appareil d'émission lui-même. Ce sont donc les obstacles au bon fonctionnement de l'appareil phonateur que nous allons étudier dans ce chapitre.

D'après nos observations nous trouvons qu'un grand rôle est attribué aux végétations adénoïdes, c'est-à-dire à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée ; l'hypertrophie des amygeales palatines serait moins active.

Examinons ces diverses observations :

OBSERVATION I

LADREIT DE LACHARRIÈRE (*loco-cit.*).

Au mois d'octobre 1868, le nommé B..., homme de peine, vint me consulter pour son petit garçon âgé de quatre ans. A l'âge de deux ans cet enfant avait eu une pneumonie, puis une tumeur blanche du poignet dont on avait obtenu la guérison en quelques mois. Il entendait et comprenait parfaitement tout ce

qu'on lui disait et exécutait aussitôt les ordres verbalement donnés. Son intelligence, sans être très vive, était parfaitement suffisante et égale à celle de beaucoup d'autres enfants. Son langage était tout à fait inintelligible par la précipitation avec laquelle les mots étaient prononcés. Je constatai que les amygdales étaient très grosses, obstruaient l'isthme du gosier et empêchaient en partie la déglutition de la salive qui s'échappait de la bouche. Je pense que c'est cette émission involontaire de la salive qui rendait l'articulation des mots très précipitée. Un traitement tonique et reconstituant et des applications résolutes sur les amygdales amenèrent très rapidement une amélioration très sensible de la parole.

OBSERVATION II

Clinique Sourds-muets.

Marthe B., 5 ans, Autrichienne. Amenée parce qu'elle ne parle pas ou du moins d'une façon bien insuffisante. Elle ne dit que quelques mots souvent incompréhensibles. Elle est venue à terme. Grossesse normale, sans accident. Couches difficiles qui ont duré trois jours. Était fort bien portante en venant au monde. Nourrie par sa mère. Elle a marché à 22 mois, elle a eu l'an passé un écoulement d'oreille qui a duré deux mois, d'un seul côté, à gauche, aujourd'hui tari. Elle a deux frères, l'un de dix ans et demi, l'autre de huit ans. Ils ont marché et parlé de bonne heure. La mère n'a pas eu de fausses-couches. Les deux enfants sont souvent malades, surtout le second. L'aîné ne grandit pas. Ils sont soignés par des frictions à l'alcool camphré et des gouttes à l'intérieur. La mère âgée de 28 ans est mariée à son oncle âgé de 43 ans. La petite Marthe comprend tout ce que lui dit sa mère, soit en français, soit en allemand. Elle entend suffisamment

pour répondre à une question que lui pose une personne quelconque. Nous lui trouvons des végétations adénoïdes. Elle a toujours la bouche ouverte.

Elle ne ronfle pas la nuit. Elle respire suffisamment par le nez. Voûte palatine ogivale, tophus palatin léger. Dents devenues noires l'an passé à la suite de la rougeole. L'enfant a beaucoup toussé dans sa rougeole : mais l'écoulement d'oreille était venu avant. L'état de la parol n'avait pas l'air meilleur avant qu'après la rougeole. Suture frontale en saillie. Diamètre bitemporal étroit. Petites varicosités sur les joues. A eu les jambes un peu tournées, — comme ses frères, — mais elles se redressent comme chez eux de quatre à cinq ans. La petite Marthe, qui a une meilleure santé que ses frères, est attentive et éveillée à tout ce se dit autour d'elle. Elle voudrait manifestement parler. Opérée des végétations. Revue trop tôt sans amélioration sensible. Adressée au Dr Chervin.

OBSERVATION I

THIOLLIER, *loco cit.*

Pen., Marcel, 2 ans (Trousseau). Depuis l'âge de six mois coryza, gêne respiratoire. Ne parle pas encore ; commence à marcher. Pèse 9 k. 500. Végétations.

OBSERVATION V

THIOLLIER, *id.*

Lam... Jeanne, 22 mois. Ne parle pas. Marche seule depuis quelques jours. Très nerveuse. Opérée il y a deux mois de végétations adénoïdes aux Enfants-Malades. Il en reste encore.

OBSERVATION VI

THIOLLIER, *id.*

Pes... Emile, huit ans. Né à terme. Nourri au biberon. Première enfance malade. Coryzas fréquents. Dormant la bouche ouverte. Opérée à deux ans de végétations aux Enfants-Malades. Marche seul à dix-huit mois. Ne parle pas avant deux ans. Première dent à vingt-deux mois. Convulsions à chaque dent. Actuellement hypertrophie des amygdales et végétations.

OBSERVATION VII(*id.*).

T... Marcel, 10 ans (Trousseau). Depuis sa naissance gêne de la respiration. Dort la bouche ouverte. A de la peine à prendre le sein. Bronchite à douze mois. Marche à dix-huit mois. Commence à dire quelques mois à cette époque. Première dent à quinze mois. A deux ans on constate des végétations qui persistent actuellement et sont volumineuses.

Ces diverses observations sont des plus instructives. Nous y voyons tous les méfaits occasionnés par l'obstruction respiratoire et non seulement par suite de végétations adénoïdes, mais aussi d'hypertrophie des amygdales palatines et de coryza chronique ou aigu.

Le rôle de ces diverses affections est double. Et c'est par ce côté que le chapitre présent peut se relier à ceux qui le précèdent. Car outre l'obstruction locale il y a des phénomènes généraux non moins intéressants à rapporter.

La première observation rapportée par Ladreit de Lacharrière nous montre bien l'influence néfaste de l'hypertrophie des amygdales sur la voix et sur la diction. Ces troubles de la voix sont très anciennement connus et se caractérisent surtout par le nasonnement. « Les enfants atteints d'hypertrophie, dit Sallard, apprennent difficilement à parler, ont plus tard l'élocution pâteuse, s'expriment comme s'ils avaient de la bouillie dans la bouche et prononcent difficilement, en particulier, certaines consonnes dont l'émission exige l'intervention du voile du palais, telles que le g dur et l'r. Non seulement ces malades parlent mal, mais la parole est vite pour eux une source de fatigue (1) ». Sallard ne constate donc pas seulement les troubles de la parole. Il se garde d'oublier le retard apporté au développement du langage.

Remarquons en passant que l'hypertrophie des amygdales palatines pourra encore, de même que le coryza chronique et les végétations adénoïdes, faire intervenir un nouveau facteur de désordre, la surdité. Et ainsi une cause se complique toujours d'une autre cause.

Les végétations adénoïdes du pharynx semblent être un obstacle plus fréquent, uniquement sans doute parce que leur action est plus directe : gêne de la respiration nasale, suppléée par la respiration buccale autant qu'elle puisse l'être.

1. Sallard. *Hypertrophie des amygdales*. Biblioth. Charcot-Debove.

L'obstruction du nez chez l'enfant qui parle supprime certaines nuances de prononciation des voyelles an, in, un, ou dont l'r se trouve détruite, car leur émission correcte exige un partage des ondes sonores entre la voie buccale et la voie du nez : la caisse de résonnance pharyngo-nasale qui joue un rôle capital dans la constitution du timbre est, en effet, elle-même supprimée par le fait de la masse hypertrophique. C'est pour la même raison que ne pourront être prononcées les consonnes m et n qui se transformeront en b et d, ainsi que dans le coryza. Et il n'y a pas que gêne de l'articulation, il y a aussi altération du timbre et de la sonorité de la voix. L'émission en est pénible, terne, sans portée. Et la fatigue vient rapidement. L'un de nos maîtres les plus aimables de la clinique de l'Institution nationale des Sourds-muets, M. Grossard, vient de publier plusieurs observations d'enfants porteurs de végétations adénoïdes chez lesquels était survenu du bégaiement.

Ces divers troubles nous expliquent le rôle local des végétations chez l'enfant qui ne parle pas encore. Il s'ajoute pour lui, à l'effort d'un acte nouveau dont tout est à apprendre, des obstacles mécaniques tels qu'ils arrêtent de plus éduqués et de plus forts qu'eux-mêmes. Aussi la parole chez le tout jeune enfant atteint de végétations est-elle retardée.

Constatons en outre l'influence indéniable du coryza chronique qui vient se surajouter à celle de l'hypertrophie des amygdales pharyngées dans deux des observations citées plus haut.

Mais l'action locale n'est pas seule. Et, si son importance ne peut être méconnue, on ne saurait oublier le retentissement sur l'organisme entier, sur sa vitalité du développement excessif et morbide de l'appareil lymphoïde du pharynx et du palais.

Il importe cependant de ne pas exagérer ce rôle de l'hypertrophie des amygdales palatines. L'obstacle apporté par elles à la respiration nasale n'est pas suffisant pour être menaçant ainsi que dans les végétations adénoïdes du pharynx.

Dans ce dernier cas, en effet, l'organisme entier souffre de l'insuffisance de la respiration. Outre les troubles nerveux qui sont dus à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, chorée, épilepsie, convulsions, etc. (thèse Tillier, 1903-1904), de nombreuses déformations thoraciques, faciales, manifestent le désordre apporté dans la nutrition générale. Parmi les symptômes qui nous intéressent surtout citons « la céphalée presque continue qui rend les petits malades inaptes au travail intellectuel » en se joignant aux altérations de l'oreille. « Les enfants porteurs de ces tumeurs sont, en général, apathiques, de compréhension lente, d'intelligence épaisse » (Sallard). La mémoire est une des facultés intellectuelles les plus atteintes, elle est souvent affaiblie. De plus la croissance est ralentie, imparfaite. Ce sont en un mot, des enfants débilités et leur affaiblissement se montre dans toutes les parties de leur activité vitale somatique ou intellectuelle. « C'est sur le mauvais état général de ces enfants, sur leur crois-

sance lente, imparfaite, qui en fait des êtres souffreteux, sur un sommeil presque toujours insuffisant pour réparer les pertes en influx nerveux, qu'il est juste de rejeter cet état cérébral spécial qui entraîne cette inaptitude au travail toute particulière ». Ces troubles divers se rattachent si bien aux végétations que l'ablation de ces dernières opère un vrai miracle, une sorte de résurrection. Aussi importe-t-il de les dépister chez les enfants atteints de retard du langage, ainsi que cela s'est présenté dans les observations précitées.

Ici encore, outre l'obstacle local, la cause du retard est le mauvais état général, la faiblesse de l'enfant qui se manifeste par le retard de la marche, de l'apparition des dents, par la paresse du développement de l'organisme tout entier. Nutrition viciée, déviée, insuffisante ? comme dans le rachitisme ? Et l'on a, en effet, rapproché les deux affections, le rachitisme venant toutefois se surajouter seulement aux végétations pour prendre la responsabilité des lésions osseuses thoraciques. Le mal attire le mal ? Nous voyons cette association dans l'observation Marthe B..., où cependant le rôle du rachitisme est plus net par les malformations des jambes, et, par son action propre surajoutée à la précédente, explique ce retard si grave.

Le coryza lui-même peut faire naître, selon la judicieuse remarque de Moure (1), des troubles intellec-

1. *Le coryza atrophique et hypertrophique*. Biblioth. Charcot-Debove.

tuels variés « tels que diminution de la mémoire, impossibilité de s'appliquer pendant longtemps et sérieusement à un travail quelconque. M. Guye, d'Amsterdam, a décrit ce phénomène sous le nom d'aprosexie. On le rencontre dans tous les cas où il existe un obstacle prolongé à la respiration par le nez. Il résulte très probablement des troubles apportés par ce fait à la circulation cérébrale de la base et à la congestion facile de cette région. Les malades se trouvent presque constamment dans la situation que nous connaissons tous par expérience, c'est-à-dire cet état spécial, dit d'abrutissement, du coryza aigu. Il coïncide précisément avec le moment où l'enichifrèment est extrême et souvent la sécrétion peu abondante ».

En un mot, même dans le cas présent d'hypertrophie des diverses amygdales, de coryza chronique même, à la cause locale du retard du langage se superpose une cause d'ordre général, toujours la même, la débilité de l'enfant.

*Autres obstacles mécaniques. Paralysies. Spasmes.
Malformations.*

Nous avons déjà vu, à propos des aphémiques, que Renaut a constaté la fréquence de l'association de la lésion corticale et de paralysies plus ou moins complètes des muscles de la mastication par lésion des noyaux bulbaires commandant les mouvements des

mâchoires et du pharynx (trijumeau, glosso-pharyngien, facial, hypoglosse). Ces parésies, ces paralysies, sont des empêchements au développement du langage articulé, sinon à son apparition. De même les malformations multiples de la langue, des lèvres, des dents, de la voûte palatine, de la luette, du larynx, du nez. Citons à ce propos l'article de « vices de conformation des organes vocaux » du professeur Marius Dupont, *Revue internationale de l'enseignement des sourds-et-muets*, avril 1888, et l'opuscule du Dr Gaston Daniel : « Six années d'orthophonie à la clinique de Bruxelles, 1890-1902 ».

Ces malformations ne sont pas fréquentes, pas plus chez les sourds-muets, par exemple, que chez les enfants normaux. Il importait cependant de les signaler.

Elles s'emmêlent souvent, se superposent. Il serait difficile d'attribuer le rôle perturbateur à telle partie de l'appareil phonateur plus qu'à telle autre cause dans tous les cas.

Ces obstacles mécaniques sont d'une extrême variété. Donnons quelques observations. Nous résumerons ensuite les troubles que l'on y relève.

Rappelons d'abord les deux observations de G. Daniel se rapportant à une hémiplégie infantile, à une maladie de Little. De nouvelles nous montrent des troubles divers par maladresse, soit de la respiration, soit des organes buccaux. M. Marius Dupont me communique le fait suivant observé par lui-même :

Une sourde, chez laquelle les consonnes linguales l et z étaient très difficilement prononcées, présentait en même temps des mouvements qui indiquaient que la déglutition se faisait chez elle avec plus de difficulté que chez les autres enfants. Salivation. La moitié gauche de sa langue, qui paraissait un peu moins développée que l'autre moitié, témoignait une grande paresse pendant l'articulation de ces linguales. Pas de contraction. Grande paresse également de l'orbiculaire des lèvres : ne pouvait au commencement tenir entre ses lèvres une pastille de chocolat grosse comme une pièce de 0,50 centimes, arriva plus tard par l'exercice à tenir un porte-plume.

M. Danjou me cite le fait suivant :

Enfant entendant, parlant à peine, incapable de répéter ; inattentif, probablement épileptique, âgé de 6 ans environ. Ne savait pas encore manger du pain, ni aucun aliment solide. Ne mâchait pas et ne pouvait rien garder dans la bouche. Aussitôt qu'une bouchée de pain était introduite dans la cavité buccale un mouvement involontaire de déglutition se produisait et l'enfant avalait la bouchée tout entière au risque de s'étrangler. Cet enfant était en retard pour parler, mais nullement idiot.

Voici une observation, de Ladreit de Lacharrière, de retard par brièveté du filet de la langue.

« Un petit enfant de 4 ans, nommé P..., rue Pérignon, fut conduit à ma consultation en 1869. Il paraissait d'une santé chétive, mais il n'avait jamais été malade. On attribuait son état de débilité à ce que sa nourrice était devenue enceinte et avait continué à servir à l'enfant un lait détestable. Sa physionomie était intelligente. Il entendait bien, et s'exprimait seulement par

gestes. En procédant à un examen minutieux, je crus m'apercevoir que les mouvements de la langue d'arrière en avant étaient un peu arrêtés par le filet. J'en pratiquai l'excision. Quinze jours après l'enfant disait déjà papa et maman et son langage devint rapidement celui de tous les enfants. »

Une seconde du même auteur pour division congénitale du voile du palais.

« J'eus l'occasion de voir en 1868 un petit garçon, nommé Boulu, qui habitait boulevard du Port-Royal, 39. Cet enfant avait alors 3 ans et demi. Il paraissait très intelligent, comprenait et exécutait les ordres verbaux. Il entendait d'une manière normale, mais ne prononçait que le mot maman. Je constatai qu'il avait une division congénitale du voile du palais située exactement dans la ligne médiane, de telle façon que l'enfant avait deux demi-luettes. Cette difformité rendait l'articulation du son très difficile, et je demeurai convaincu que l'absence du langage tenait à l'état de la bouche. Je dois ajouter cependant que le père de l'enfant avait une mère qui entendait, mais ne parlait pas. Je n'ai pas eu occasion de la voir et ne sait pas si elle était intelligente. L'enfant Boulu était d'une petite taille, mais suffisamment fort, et ne paraissait pas en retard pour son développement. J'engageai la famille à attendre que le staphylorrhaphie fût possible, plein d'espérance dans les bons résultats de cette opération. Je n'ai plus revu l'enfant et ne sais pas ce qu'il est devenu. »

G. Daniel, nous donne encore plusieurs cas de fissure palatine exigeant une éducation spéciale orthophonique.

Georges V..., 11 ans. Enfant normal. Fissure palatine opérée avec succès à l'âge de 8 ans. Il est resté un petit pertuis de la

grosseur d'une tête d'épingle. Voix nasale. Traitement de deux mois. La voix est normale quand le trou est bouché avec du caoutchouc ; mais ce produit n'adhère pas. L'enfant refuse de se laisser opérer.

Emile V..., 7 ans. Sourd. Fissure palatine opérée. Un trou de la grandeur d'un centime est resté. L'enfant ne parle que par signes. Elève de l'école d'enseignement spécial, son langage s'est beaucoup amélioré : il dit tout ce qu'il veut. Mais comme l'enfant refuse de se laisser opérer et que la famille ne veut l'y contraindre, le traitement orthophonique ne lui a pas été appliqué. Il a actuellement 12 ans et parle comme un enfant sans palais, et plus on attendra pour l'opérer, plus les chances de guérison seront petites.

Nous trouvons dans ces diverses observations à peu près tout ce qui peut porter un trouble dans l'émission de la voix et de l'articulation, de la part des organes vocaux.

La respiration est parfois affaiblie, tout au moins inhabile par suite de causes diverses, végétations, coryza, etc. Nous voyons les professeurs de sourds-muets, d'orthophonie s'en informer en faisant souffler une bougie à une distance plus ou moins grande, pendant plus ou moins de temps. La gymnastique respiratoire fait partie de l'éducation phonétique. Elle a pour but de favoriser la régularité, le rythme et l'amplitude respiratoires.

Le larynx est rarement atteint. C'est tout au plus s'il participe parfois à l'état d'atonie de l'organisme tout entier. Krishaber, chez les sourds-muets même, ne rencontre presque jamais rien d'anormal.

Nous avons vu le rôle joué dans le pharynx par les végétations adénoïdes. « Le nez et ses cavités jouent un rôle important dans la physiologie et la pathologie de la voix. M. Segond me disait avoir remarqué combien une arrière-cavité des fosses nasales très spacieuse était favorable à la voix... Les déviations connues sous le nom d'éperons gênent beaucoup le fonctionnement vocal, car elles empêchent d'abord d'inspirer librement, puis nuisent à la résonnance » (1).

Dans la bouche nous avons à considérer la langue, les dents, les glandes salivaires, les joues, les lèvres.

Une des causes les plus communément connues et recherchées par la foule au retard du langage, c'est la brièveté du filet, qui immobilise la langue. Nous en avons un cas d'après Ladreit de Lacharrière. M. Dupont dit que cette particularité s'est présentée deux fois parmi ses élèves. Il a noté chez eux la difficulté à prononcer les linguales l et z. Un de ses confrères fait remarquer que les mouvements élévatoires, latéraux et en arrière sont gênés, par suite l'émission de t, d, k, g, l, r. Mais le diagnostic est facile et l'opération de peu d'importance, si elle n'est pratiquée aussi souvent qu'autrefois, de nos jours où beaucoup ignorent la destination de la fente pratiquée dans la palette de la sonde cannelée.

Ce n'est pas la seule anomalie de la langue. Il y a parfois une hémiparésie, ainsi que le constate Dupont ; d'autres fois une hypertrophie, la langue semble rem-

1. *Maladies de la voix*, André Castex, p. 52-53, Naud, 1902.

plier la cavité buccale et « il faut constamment appuyer sur elle pour la décider à s'abaisser et à livrer passage aux premières voyelles ». Elle peut manquer de vigueur, de souplesse, d'agilité, par défaut d'activité, d'exercice ainsi qu'il arrive chez les sourds-muets au début de leur éducation phonétique.

Dans des cas de paralysie infantile, de maladie de Little et autres lésions de l'axe cérébro-spinal, se rencontre aussi de la paralysie ou de la contracture de la langue en même temps parfois que des lèvres et du larynx : le langage est alors bien près d'être impossible.

L'absence ou l'implantation vicieuse des dents a une grande importance pour l'émission correcte des sifflantes : de ce fait vient sans doute chez l'enfant la facilité avec laquelle se développe le zézaïement constaté aussi dans l'édentation. Le *ch* ne sera émis que grâce à la présence des dents de côté.

M. Dupont signale également les déformations, dangereuses pour l'articulation, des mâchoires, proéminence de la mâchoire inférieure, proéminence de la mâchoire supérieure, déviation plus ou moins accentuée à droite ou à gauche, qui gênent l'émission des sifflantes *s* et *ch*, même de *c* et *g*.

Du côté des glandes salivaires certains troubles peuvent aussi influencer la parole. Une bouche trop sèche « colle la langue au palais ». Plus souvent c'est l'abondance de la sécrétion qui devient gênante. Nous en avons constaté les effets dans l'observation de Ladreit de Lacharrière relative à une hypertro-

phie des amygdales où l'auteur attribue à l'émission involontaire de la salive une articulation précipitée et inintelligible. L'abondance peut être due à un défaut de déglutition. Elle rend la bouche pâteuse et humide, embarrasse la langue et gêne l'émission des syllabes entre les lèvres et les dents qui sont encombrées.

Les joues ont aussi leur rôle ; parfois il y a paralysie faciale, on devine les suites de cette inertie d'une partie des parois buccales.

Les lèvres, qui ont charge de clore la bouche, doivent faire preuve dans l'articulation d'une activité, d'une souplesse et d'une habileté des plus grandes. Les sourds-muets lisent sur les lèvres. Elles ont aussi leurs atteintes. Les professeurs de sourds-muets constatent assez fréquemment, sinon une paralysie, du moins une grande paresse de l'orbiculaire déplorable au point de vue de l'émission de la voyelle o et des labiales. Il ne faut pas oublier les fissures des lèvres, becs-de-lièvre.

Le bec-de-lièvre, de même que la division congénitale du voile du palais (Obs. Ladreit) sont un obstacle évident à la netteté de l'articulation, par suite au développement du langage. Nous avons entendu un sourd atteint de fissure palatine dont la parole était à peu près incompréhensible : il parlait comme s'il avait eu le nez bouché. La prothèse ou l'opération, bien qu'on en ait contesté les bonnes suites, s'en imposent, dès que l'enfant est en âge de la supporter.

Il ne faut pas cependant s'exagérer l'importance de ces malformations. Elles ne sont qu'une gêne, non un empêchement.

*
* *

La débilité. — Ce mot est revenu souvent sous notre plume danstout le cours de notre travail. Nous avons observé que, presque chaque fois qu'il était parlé de retard du langage, hors les cas spéciaux de surdité, d'aphémie, même dans les cas d'idiotie, la faiblesse de l'état général entraînait en ligne de compte. Les dents ne venaient pas en leur temps ; la marche n'apparaissait pas au moment voulu, montrant ainsi l'atonie musculaire. Le myxoedème congénital en est un terrible exemple, et le traitement thyroïdien spécifique de la maladie une démonstration éclatante. Nutrition viciée ? Tel est le cas du rachitisme, de la syphilis héréditaire, de l'hypertrophie amygdalienne par insuffisance respiratoire. Nous avons insisté sur chacun de ces points en son lieu. Il n'est donc pas la peine d'y revenir.

Mais nous ne saurions ne pas rappeler une observation de Ladreit de Lacharrière insérée à propos du rôle des convulsions infantiles et où l'auteur voit surtout un effet de la débilité. De même celle toute voisine d'un enfant atteint de nervosisme parallèlement développé, dû de toute évidence, à son mauvais état général, à sa chétive apparence. Bien d'autres observations disaient débile, souffreteux.

Pour terminer donnons un nouvel exemple tiré encore de l'opuscule du D^r G. Daniel dont nous avons déjà parlé si fréquemment.

OBSERVATION I

F. V..., garçon, 9 ans et demi. A toujours été très faible. Un séjour à la campagne et les bons soins dont ont l'entouré le rendirent plus fort. Mais, si au point de vue physique il s'améliora, l'enfant n'avancait guère au point de vue intellectuel, surtout pour le langage. A trois ans il émettait à peine quelques noms. Peu à peu il parla, mais avec un fort bégaiement. Celui-ci ne fit que s'accroître dans la suite et bientôt il fut impossible à F. V... de se faire comprendre. Placé à l'école l'enfant apprit assez vite la lecture sans pouvoir lire à haute voix. Il saisissait bien tout ce qui se trouvait dans les livres, mais ne pouvait faire connaître ses pensées par des paroles. L'éducation orthophonique fut nécessaire pour remédier à cette situation qui allait en empirant, en même temps que l'on soignait son état général par la gymnastique, les promenades, les courses au grand air.

Faisons, dans un dernier mot, observer que dans les familles nombreuses il est de constatation commune que les cadets présentent une évolution beaucoup plus précoce, au point de vue du langage par exemple, que l'aîné qui a un développement physique ordinairement moins prononcé.

*
* *

Retard héréditaire. — De toutes les causes du retard du langage énumérées jusqu'ici, nulle n'est

aussi curieuse que celle à qui est consacrée ce court passage. Les observations suivantes rapportées par Ladreit de Lacharrière en font foi :

OBSERVATION I

En 1869 je fus consulté pour un enfant de Villejuif, nommé Ruel, âgé de quatre ans et demi, qui entendait parfaitement bien, et était doué d'une intelligence assez bonne, qu'on pouvait apprécier par l'expression du visage et la vivacité du regard. Il paraissait d'une bonne santé, mais d'un tempérament très nerveux. Les parents me dirent que la dentition s'était faite dans les conditions ordinaires, mais que, quoiqu'il n'eût jamais été malade, il n'avait commencé à marcher qu'à deux ans et demi. Le retard de la parole semblait, dans cette famille, héréditaire. La mère de l'enfant n'avait parlé elle-même que fort tard et à l'âge de sept ans elle se faisait fort mal comprendre.

Elle ne savait pas si ses parents avaient été dans de semblables conditions. Lorsque je la vis elle n'avait aucun défaut de prononciation. Je n'ai pas eu l'occasion de revoir son enfant.

OBSERVATION II

J'ai eu l'occasion de donner mon avis, il y a quelques années, sur une famille de Lagny dans laquelle tous les enfants ne commençaient à parler qu'à l'âge de 4 ans. On venait me consulter pour le plus jeune des enfants qui, arrivé à cet âge, ne disait encore rien. La mère m'assura que le retard du langage était dans la famille de son mari une tradition héréditaire. Elle avait

quatre enfants et les trois aînés, chez qui le langage articulé s'était développé à 4 ans, parlaient à cette époque comme tous les enfants de leur âge.

OBSERVATION III

La petite Ler..., qui habitait rue de Charenton, 281, était un enfant de trois ans et demi, bien portante, intelligente, entendait bien, comprenait parfaitement ce qu'on disait, mais qui ne disait absolument rien que les deux mots papa et maman. Si elle ne réussissait à prononcer que ces deux mots, on voyait du moins qu'elle s'efforçait sans cesse de parler dans un langage intelligible. La mère m'apprit qu'elle avait eu quatre enfants, que l'aîné n'avait parlé qu'à trois ans, et que les deux autres étaient dans les conditions ordinaires.

Nous nous contenterons de constater, sans chercher davantage une explication à des exemples aussi nets.

CONCLUSIONS

De ce long exposé, que pouvons-nous conclure ?

En dehors des lésions directes des divers appareils centraux ou périphériques et moteurs de la fonction du langage, la cause qui paraît la plus déterminante est assurément la débilité de l'organisme à cette période de l'évolution infantile.

Nous avons vu l'influence trophique du myxœdème congénital si terrible en même temps au développement intellectuel ; intoxication, a-t-on dit, ou vice de nutrition du système nerveux. Encore les deux manifestations dystrophiques, l'une orchidienne, l'autre d'origine inconnue. Ne faut-il pas en rapprocher le rôle joué par la syphilis héréditaire, le rachitisme, la débilité adénoïdienne ?

Débilité de l'organisme qui se montre encore dans le retard parallèle de la marche, de l'apparition des dents.

Voilà la vraie cause :

En dehors de l'idiotie, de la surdité, de la lésion corticale du centre moteur des paralysies ;

En dehors des malformations des organes vocaux qui, sauf dans quelques cas très rares, ne sont que d'importance secondaire.

Pour finir rappelons que l'on peut beaucoup pour la plupart de ces déshérités. L'intervention du médecin a sa très grande utilité. La pédagogie peut énormément dans l'éducation de ces impuissants qu'il faut aider et conduire, de ces maladroits qu'il faut ramener dans le bon chemin.

*
* *

Au moment de poser la plume, tout en regrettant que dans ce travail, tout personnel, nous n'ayons pu faire œuvre meilleure, souhaitons de n'avoir pas fait comme celui-là du poète qui meurt sous un énorme bloc « sans bouger dans d'immenses efforts ». Mais nous serons peut-être heureux et récompensé un jour pour avoir attiré l'attention et le talent de plus savants et plus habiles que nous sur un sujet que nous avons cru intéressant et que nous craignons d'avoir rendu fastidieux.

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse
BRISAUD

Vu, et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD